

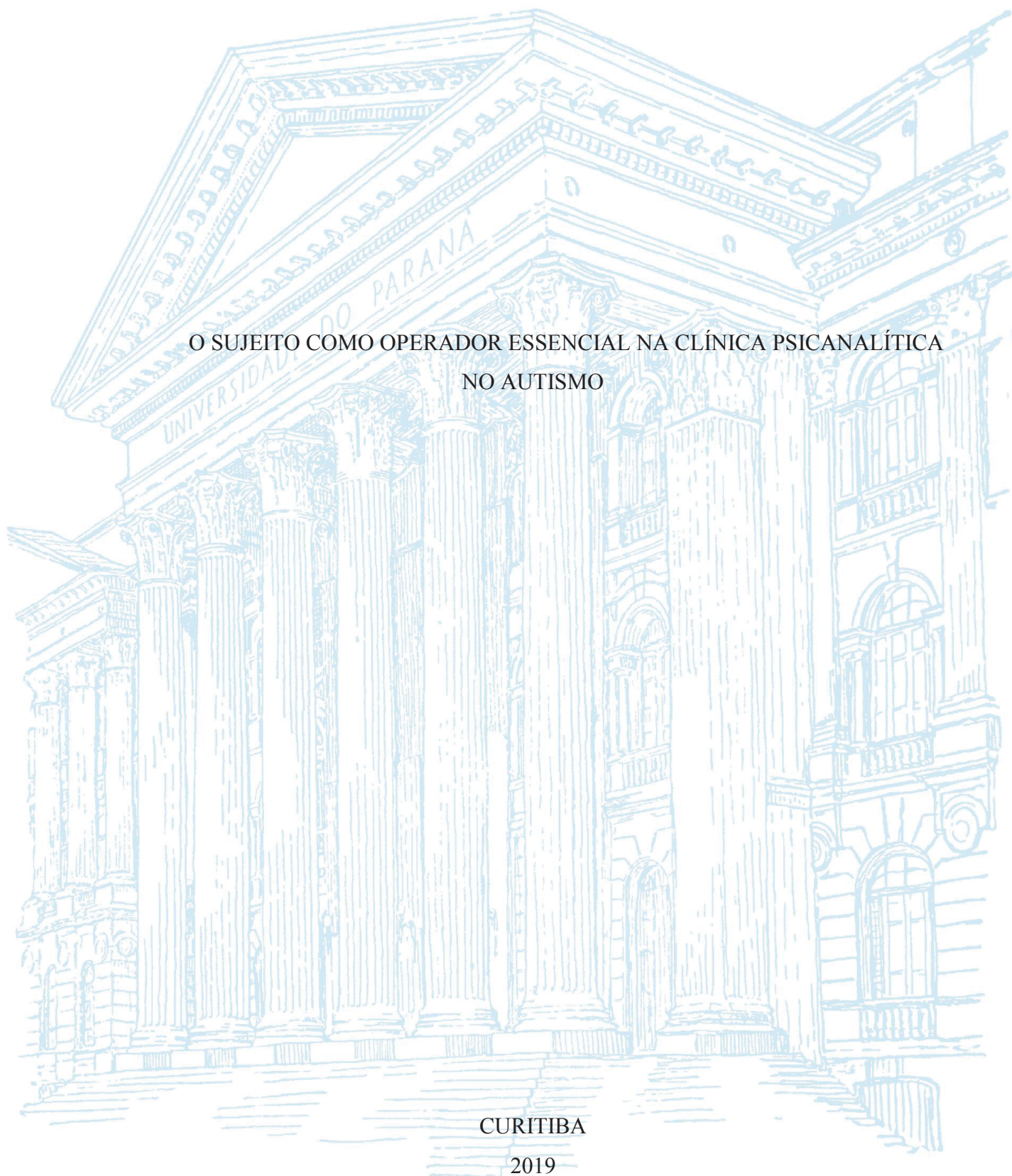
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PAOLA BASSO SCALZO

O SUJEITO COMO OPERADOR ESSENCIAL NA CLÍNICA PSICANALÍTICA  
NO AUTISMO

CURITIBA

2019



PAOLA BASSO SCALZO

O SUJEITO COMO OPERADOR ESSENCIAL NA CLÍNICA  
PSICANALÍTICA NO AUTISMO

Dissertação apresentada como requisito parcial ao título de Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Psicologia Clínica do Programa de Mestrado em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Rosane Zétola Lustoza

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Scalzo, Paola Basso

O sujeito como operador essencial na clínica psicanalítica no autismo. /  
Paola Basso Scalzo. – Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da  
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Zétola Lustoza

1. Psicanálise. 2. Autismo - Tratamento. 3. Psicoterapeuta e paciente.  
I. Lustoza, Rosane Zétola. II. Título.

CDD – 616.928982

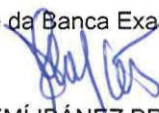
## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **PAOLA BASSO SCALZO**, intitulada: **O SUJEITO COMO OPERADOR ESSENCIAL NA CLÍNICA PSICANALÍTICA NO AUTISMO**, sob orientação da Profa. Dra. ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 30 de Setembro de 2019.



ROSANE ZÉTOLA LUSTOZA  
Presidente da Banca Examinadora



NOEMÍ IBÁÑEZ BROW  
Avaliador Externo (ESCOLA BRASILEIRA DE  
PSICANÁLISE)



ROBERTO PIRES CALAZANS MATOS  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO  
JOÃO DEL REI)

## AGRADECIMENTOS

Às crianças do Lucy Requião de Mello e Silva, por me mostrarem que há sempre algo do sujeito à espera.

À minha orientadora Rosane Lustoza, pela oportunidade concedida, pela liberdade e pelo respeito ao meu tempo de escrita, tão caros neste momento da política brasileira em que a educação é vista como um produto de consumo.

Aos membros da Banca por sua generosa disponibilidade e participação.

Ao Maurício, pelo meu privilégio em tê-lo como interlocutor.

À minha filha Teodora, por seu saber perspicaz que me encanta e ensina.

Aos meus pais, Maria Helena e João Carlos, por não terem calado meus ‘por quês?’.

À Vera Tubino, por ter escutado e dado lugar às minhas interrogações sobre o sujeito.

À Consuelo, Daniel, Karine e Luiza, pela disponibilidade no estudo e na transmissão de seu desejo clínico. Nossos encontros foram essenciais para a escrita dessa dissertação. E especialmente à Marina, quem, além disso tudo, também me jogou uma bússola.

À Edimara, pela confiança e por ter aberto as portas para meu contato com essa clínica.

À Esther e Luiza, minhas queridas companheiras de mestrado que tornaram esse caminho mais prazeroso.

Às amigas Camila e Paula, pela paciência e carinho com que ouviram minhas incansáveis elucubrações.

À Ana Carolina, por me lembrar na sua força que é possível ‘lutar como uma mulher’.

À Débora N. Pinheiro, pela oportunidade de falar desta clínica em outros espaços.

À Universidade Federal do Paraná, por ter possibilitado a existência deste programa de mestrado em Psicologia Clínica.

À CAPES pelo auxílio financeiro desta pesquisa e ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná por viabilizar a sua realização.

- Mãe, como sei que a pista que  
encontrei é do enigma qu'eu tô tentando  
resolver?

- Não sei filha, como você sabe?

- Ah, só vou saber se eu resolver o  
enigma.

(Teodora – 6 anos)



## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo circunscrever de que maneira a inscrição do sujeito no âmago da clínica psicanalítica se constitui como um operador essencial para a direção do tratamento no autismo. Para alcançar esse objetivo, primeiramente apresentamos a definição do autismo dado pela clínica médica desde sua origem com Bleuler, passando por Kanner e até o atual DSM-V, no qual o autismo é entendido como um *déficit* no neurodesenvolvimento. Depois veremos de que maneira as terapias comportamentais e a excessiva medicalização caminham juntas com as condições econômicas e sociais que respondem por uma profusão no número de diagnósticos de autismo pela psiquiatria contemporânea. Ao contrário disso, a psicanálise, através da inclusão do sujeito na clínica, permite designar o autismo a partir de uma posição subjetiva capaz de responder por si no interior do tratamento. Com a noção de defesa tal como descoberta por Freud e a recusa às teorias organogênicas e psicogênicas como respostas à causalidade psíquica, a psicanálise inaugura um tratamento em que o sujeito passa a ter um valor operativo na clínica e inerente ao ato analítico. Por fim, pautados no trabalho clínico e teórico de Rosine e Robert Lefort e na descrição do atendimento de Marie-Françoise, demonstraremos de que maneira o tratamento no autismo pela psicanálise implicará tanto a posição do sujeito quanto o desejo do analista como coordenadas essenciais para a direção do tratamento.

Palavras-chave: Autismo. Sujeito. Direção do tratamento.

## **ABSTRACT**

The present work aims to circumscribe how the subject's inscription in the core of the psychoanalytical clinic constitutes an essential operator for the direction of treatment in autism. To achieve this goal, we first present the definition of autism given by the medical clinic from its origin with Bleuler, through Kanner to the current DSM-V, in which autism is understood as a neurodevelopmental deficit. Then we will see how behavioral therapies and excessive medicalization go hand in hand with the economic and social conditions that account for a profusion in the number of diagnoses of autism in contemporary psychiatry. On the contrary, psychoanalysis, by including the subject in the clinic, allows to designate autism from a subjective position capable of responding for itself within the treatment. With the notion of defense as discovered by Freud and the rejection of organogenic and psychogenic theories as responses to psychic causality, psychoanalysis inaugurates a treatment in which the subject has operative value in the clinic and inherent in the analytic act. Finally, based on the clinical and theoretical work of Rosine and Robert Lefort and the description of Marie-Françoise's care, we will demonstrate how the treatment in autism by psychoanalysis will imply both the subject's position and the analyst's desire as essential coordinates for the direction of treatment.

Key-words: Autism. Subject. Direction of treatment.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 O AUTISMO DESDE BLEULER ATÉ A PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA.....</b>	<b>16</b>
1.1 O AUTISMO EM BLEULER.....	16
1.2 BLEULER, A QUESTÃO DO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA E DO LUGAR DO AUTISMO NESTE TRATAMENTO.....	23
1.3 O AUTISMO PARA KANNER.....	27
1.4 O AUTISMO PÓS-KANNER E OS MANUAIS DIAGNÓSTICOS – DSM’S.....	39
1.5 A PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA E AS CONSEQUÊNCIAS PARA O TRATAMENTO NO AUTISMO: ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E O CONTROLE DO COMPORTAMENTO.....	46
<b>2 A PSICANÁLISE, O AUTISMO E A QUESTÃO CLÍNICA DO SUJEITO.....</b>	<b>61</b>
2.1 A ORGANOGÊNESE E A PSICOGÊNESE RECUSADAS PELA PSICANÁLISE.....	63
2.2 O SUJEITO NA DEFESA.....	75
2.3 A QUESTÃO DO SUJEITO NO AUTISMO.....	81
2.4 DO USO CLÍNICO DO SUJEITO.....	97
<b>3 A ÉTICA ENVOLVIDA EM TODO TRATAMENTO POSSÍVEL NO AUTISMO A PARTIR DO TRABALHO CLÍNICO DE ROSINE E ROBERT LEFORT.....</b>	<b>104</b>
3.1 A UNIDADE DA PSICANÁLISE E A APOSTA DO SUJEITO.....	108
3.2 A ESTRUTURA E A FUNÇÃO DO DESEJO DO ANALISTA EM ROSINE LEFORT.....	119
3.3 MARIE-FRANÇOISE OU O AUTISMO PARA ROSINE E ROBERT LEFORT.....	127
3.3.1 O Outro da imagem.....	137
3.3.2 O Outro do objeto.....	139
3.3.3 O Outro do significante.....	142
3.3.4 A direção do tratamento.....	146
3.3.5 O duplo.....	147
3.3.6 Os efeitos.....	151

<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>154</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>157</b>

## INTRODUÇÃO

Freud inaugura a psicanálise a partir dos enigmas e impasses que a histeria colocava à clínica médica. De forma inédita, o psicanalista se deixou conduzir na escuta clínica pelos próprios caminhos que seus pacientes apresentavam em seus discursos na direção e na descoberta de um tratamento possível. Diferentemente da prática médica, este tratamento pela palavra incluía a participação do próprio paciente na descoberta e na resolução de seus sintomas. Este gesto inaugural gerou uma reviravolta no saber médico cujo resultado é o próprio nascimento da psicanálise.

No entanto, uma vez a psicanálise sendo criada, sabemos o quanto o tratamento das psicoses se configurou para Freud como uma grande dificuldade, inclusive a ponto dele o situar na borda de sua eficácia. Porém, se para Freud a clínica psicanalítica emperrava quando se deparava com essa categoria clínica, para Lacan, a abordagem das psicoses se tornou um dos pilares do progresso da psicanálise, não apenas do ponto de vista da ampliação de seu horizonte clínico, mas, repetindo a astúcia freudiana, também trazendo consigo uma revisão de sua própria aparelhagem conceitual.

Considerando os debates atuais, acreditamos que um lugar semelhante pode ser hoje creditado ao autismo e à clínica do autismo. Atualmente o autismo é considerado pelas práticas médicas uma enfermidade orgânica de causa desconhecida, tal como a histeria era considerada na época de Freud e a psicose na época de Lacan e até hoje. Por conta disso, o tratamento prioritariamente é entendido no campo médico como devendo ser realizado pelas vias da medicalização e do controle comportamental.

A questão que impulsionou a proposta original de pesquisa para essa dissertação teve origem na própria prática clínica psicanalítica da autora. Ao me deparar com um expressivo número de pacientes, quase na sua totalidade crianças, e que chegavam ao consultório portando um diagnóstico médico de autismo, me perguntava, por um lado, o que estaria sustentando essa profusão diagnóstica e, por outro, quais as bases que me permitiriam sustentar a seu respeito um tratamento propriamente psicanalítico, e não, por exemplo, médico ou comportamental. Isto é, diferentemente destas abordagens, o paciente para o psicanalista será sempre o sujeito do ato analítico e não o objeto de aplicação de um saber ou de uma técnica de adaptação de seu comportamento, o que inclui, portanto, o analista, sua posição e seu desejo.

E assim, com o apagamento do sujeito que aquelas vias engendram, é possível dizer que com o autismo nos deparamos com a exigência de repetirmos mais uma vez

este tipo de orientação que marcaram, por um lado, o nascimento da psicanálise, e por outro, sua refundação pela orientação lacaniana. Ou seja, a exigência ética de reconduzir o autismo para a dimensão da linguagem que lhe é própria.

Desse modo, o autismo representa não apenas uma simples extensão do campo da clínica no que concerne a ampliação de um mesmo horizonte a novos objetos, mas ele gera, em função de sua inclusão, a necessidade de um importante retorno aos conceitos e as metas que caracterizam a clínica psicanalítica. Tal retorno implica aqui para nós em uma reflexão não apenas sobre o sujeito do tratamento quanto também acerca da posição do analista.

Neste sentido, considerando que o autismo ocupa hoje clinicamente um lugar formalmente semelhante àqueles anteriormente ocupados sucessivamente pela neurose e em seguida pela psicose, como dissemos, nossa intenção inicial, e tal como apresentamos em nosso projeto de pesquisa, era realizar um estudo sobre a direção de tratamento no autismo. Entendemos que essa seria uma das maneiras de encaminharmos uma discussão que contemplaria tanto a posição do sujeito quanto a posição do analista na clínica do autismo. Nossa proposta de pesquisa se voltava então para o estudo da direção de tratamento no autismo considerando a mútua implicação que definem a posição do sujeito e a do analista na psicanálise, algo diametralmente oposto do que encontramos no tratamento médico, para o qual o sujeito é o objeto de um saber.

No entanto, efetivamente estamos diante do coração polêmico do problema do tratamento psicanalítico no autismo. Se o que caracteriza o tratamento psicanalítico diz respeito à possibilidade do analisante, enquanto sujeito diante de um analista, responder por sua própria condição subjetiva, não seria isso mesmo o que tornaria impossível o tratamento do autismo pela psicanálise na medida em que o autista se caracterizaria por uma radical dificuldade em tomar a palavra em nome próprio? Ou ainda, como seria possível incluir o sujeito autista em uma forma de laço social tão particular como a psicanálise, baseada no uso da palavra, no interior de uma troca simbólica, se aquele por definição se encontra numa situação de fechamento radical sobre si mesmo? Isso não nos indicaria que haveria ‘protocolos de tratamento’ mais adequados a sua condição subjetiva, ou seja, tratamentos baseados na ‘medicalização’ ou na ‘aprendizagem comportamental’?

Aparentemente essas questões já estariam ultrapassadas na medida em que o tratamento psicanalítico com autistas já constitui uma prática corrente. Sim, de fato diariamente a psicanálise dá provas de sua prática e dos efeitos de sua forma de tratamento

no campo do autismo. De todo modo, acreditamos que isto não invalida refletirmos sobre esse mesmo êxito.

Ao contrário, nos parece interessante retornarmos mais uma vez aos gestos fundamentais de Freud e também de Lacan, aos quais me referi, mas agora justamente aplicados ao problema do autismo; o avanço da psicanálise sempre se alimentou de seu esforço em explicitar as suas próprias condições, fazendo com que o retorno sobre as bases de sua prática contribua para seu avanço. Lacan, por exemplo, jamais defendeu a ideia de uma prática obscura, nem a demissão do analista de seus esforços em esclarecer as condições de sua ação. Longe disso, os mais de vinte cinco anos de Seminários de Lacan o atestam.

Assim sendo, ao dedicarmos nossa pesquisa para o problema da direção do tratamento no autismo nos deparamos com a necessidade de darmos um passo atrás. Isto é, entendemos que seria necessário compreender qual o *estatuto clínico do sujeito* para a psicanálise. Primeiramente então, seria necessário circunscrever de que maneira a psicanálise enquanto um *tratamento do sujeito* se distancia da medicina e das terapias adaptativas, em que medida e o que isso significa. Segundo, se a psicanálise é de fato *um tratamento do sujeito*, então isto também deveria necessariamente valer para o autismo uma vez que aceitamos e efetivamente defendemos a validade dos psicanalistas receberem autistas em tratamento. Por fim, se o analista e seu desejo estarão implicados nesse tratamento, restava compreendermos como a questão do sujeito entraria como um operador fundamental para a própria dinâmica do laço clínico e isto mesmo se, a princípio, o autista aparente ser aquele que recusa o contato e a demanda do/ao outro.

Assim, passamos a entender que a pergunta sobre a direção do tratamento no autismo, se ela deve incluir uma reflexão sobre as condições necessárias para a instituição do laço analítico, requeria por nossa parte uma abordagem essencialmente clínica da questão do sujeito. Em outras palavras, acreditamos que, para melhor compreender a questão da direção do tratamento no autismo, devemos primeiro analisar certos componentes fundamentais para a própria formação da psicanálise enquanto uma proposta específica de tratamento. Em nosso caso, tal componente fundamental diria respeito a uma tentativa de pensar a questão do estatuto do sujeito exclusivamente a partir da cena do tratamento; o que para nós significa defini-lo como aquele suposto agir sobre sua própria condição subjetiva através do laço com o analista. Esta forma de tratamento, que se baseia na possibilidade de responder por si, faz da categoria de sujeito um *operador*

da clínica analítica, que também precisa ser necessariamente considerado na clínica no autismo.

Gostaríamos de assinalar a respeito desta ideia de nomear o sujeito como um *operador clínico* essencial ao tratamento, que a pensamos a partir da recorrência de um grande número de variações da ideia de *operação* que encontramos em Jacques-Alain Miller, em seu Seminário *Cause et Consentement*, de 1988. Neste seminário vemos Miller, por exemplo, se referindo à “operação do sentido” (p. 20, 32), à “operação do recalque” (p. 29), à “operação analítica” (p. 29, 31, 57), à “operação de significantização” (p. 32), à “noção operacional” (p. 34), à “função operacional” (p. 34), à “uso operacional” (p. 34), à “valor operatório que o termo [...] possui para Lacan [...]” (p. 48, 55), à “as duas operações da alienação e da separação” (p. 54), à “operatividade do significante” (p. 94), à “operatividade da psicanálise” (p. 100). A partir destes diferentes contextos das frases de Miller, acreditamos poder extrair daí algo que pode ser útil para pensarmos o sentido preferencialmente clínico da categoria de sujeito, isto é, em seu valor prático na experiência clínica e em seu uso concreto para o ato analítico (como veremos no decorrer da dissertação).

E, assim, nos propomos a refletir de que maneira podemos compreender *o sujeito como operador essencial na clínica psicanalítica no autismo*. Para isso, no primeiro capítulo dessa dissertação apresentaremos o que o termo autismo veio designar na clínica médica psiquiátrica. Veremos inicialmente como Bleuler se referia ao autismo como um sintoma característico do quadro esquizofrênico e que se apresentava no paciente como uma perda do contato do sujeito com o mundo externo através de uma predominância de sua via interior. Ainda neste mesmo capítulo, veremos de que maneira Kanner passa a considerar o autismo uma enfermidade específica, de manifestação precoce na infância e tendo como principais características o ‘desejo’ de isolamento e de imutabilidade. Em seguida, apresentaremos como essas características assinaladas por esses dois autores, e que ainda indicavam uma dinâmica na relação do sujeito com sua patologia, foram paulatinamente perdendo sua importância para dar lugar a uma abordagem estritamente descritiva do autismo, tal como presente no atual DSM-V. Eis o autismo surgindo hoje como uma verdadeira epidemia, conforme, por fim, veremos neste primeiro capítulo.

No segundo capítulo acompanharemos de que modo a psicanálise se inaugura com a descoberta da defesa por Freud, recusando tanto as concepções psicogenéticas quanto organogenéticas na abordagem dos problemas das patologias do sujeito. Com a noção de defesa o sujeito passará a ocupar o lugar de uma dupla responsabilidade, tanto por sua

enfermidade quanto por seu tratamento. Com a questão da articulação entre a defesa e o sujeito trazida para o fundamento da clínica psicanalítica veremos de que maneira não se tratará mais de abordar o sujeito pelo primado da constituição, sob pena de adotar uma prática psicológica. E assim, recusando tratar o sujeito pelo tema de sua constituição, apresentaremos como a questão do *uso clínico* do conceito de sujeito se configura na abordagem do autismo.

No terceiro e último capítulo dessa dissertação tomaremos o trabalho do casal Lefort como um exemplo prático dos nossos argumentos a favor da importância do uso do conceito de sujeito para a clínica psicanalítica. Inicialmente veremos que para o casal Lefort não cabe ao analista outro posicionamento ético senão receber todo e qualquer analisante na condição de sujeito, independentemente de sua idade cronológica ou de sua enfermidade manifesta. Neste capítulo, buscaremos demonstrar de que maneira o trabalho clínico do casal Lefort formaliza a pertinência clínica do sujeito na direção do tratamento no autismo. A prática clínica que aí se configura implica deste modo numa radicalização da posição do analista e do papel que cabe ao seu desejo no tratamento no autismo. Será assim a conjugação da aposta no sujeito e do desejo do analista o que encontraremos na última parte desse capítulo quando apresentaremos o tratamento de Marie-Françoise conduzido e descrito por Rosine Lefort. Acreditamos que acompanhar Rosine Lefort neste trabalho é tocar no ponto fundamental de uma prática que torna possível o desenvolvimento de conceitos essenciais para a direção do tratamento no autismo hoje, tais como o duplo, objeto autístico, circuito de objeto, entre outros, e que encontramos formalizadas por importantes psicanalistas atualmente. Enfim, poderemos entender de que maneira a própria Marie-Françoise, ao ser sustentada na sua condição de sujeito pelo desejo da analista Rosine Lefort, fornece as chaves para seu próprio tratamento. Tal situação clínica fornece uma contribuição maior para a nossa própria compreensão sobre a posição subjetiva de um sujeito autista e, portanto, para a transmissão da psicanálise.

E assim, acreditamos que o percurso de nosso trabalho tentará manifestar um objetivo que encontramos expresso nas palavras de Eric Laurent; “não ceder sobre o desejo de apostar na existência do sujeito aí onde tudo permite esquecê-lo tão facilmente” (2014, p. 33). É aí que acreditamos se situar uma das maiores incidências da aposta freudiana desde o momento em que a psicanálise foi fundada. Vale aqui então repetirmos ainda mais uma vez: o efeito de retorno e de revisão na práxis analítica se faz não apenas através da inclusão de um novo objeto – o autismo – mas, também pela repetição de um



mesmo ato original – de Freud – a ‘escuta do outro’ em sua alteridade como sujeito e como lugar de um saber que somente ele é capaz de gerar.

E, por fim, cabe desde já fazermos uma advertência. O leitor perceberá ao longo da dissertação que não há uma tentativa explícita de formalização *teórica* nem do conceito de sujeito e tampouco do estatuto do sujeito do autismo. O leitor verá que nos referimos constantemente a autores que já realizaram de maneira exemplar este trabalho de pensar o *estatuto teórico* do conceito de sujeito. Realmente por isso não há aqui interesse de repetirmos uma tal teorização já pressuposta por nosso próprio estudo. Nossa pesquisa visa, portanto, ao longo do texto, apenas sustentar de que modo o sujeito constitui um operador clínico essencial para o analista. E neste sentido, nossa aposta é que o leitor possa encontrá-lo no texto, não como algo já dado, algo que é de uma vez por todas, mas como a condição do ato analítico e de seu tratamento em todas as intervenções propriamente analíticas. É isto o que pretendemos alcançar com essa dissertação.

## 1 O AUTISMO DESDE BLEULER ATÉ A PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA

Para podermos circunscrever as questões referentes ao *sujeito como operador essencial na clínica psicanalítica do autismo*, primeiramente buscaremos compreender o que o termo *autismo* veio a designar para a medicina psiquiátrica desde o momento em que foi concebido por Bleuler como um sintoma secundário da esquizofrenia, passando pela criação do autismo enquanto categoria diagnóstica distinta da esquizofrenia com Kanner, e até os dias atuais em que o autismo no DSM-V é entendido um transtorno do neurodesenvolvimento.

Veremos ainda algumas consequências da prática médico-psiquiátrica contemporânea para o tratamento do autismo, procurando reconhecer nesta prática os fatores envolvidos em seu exercício. Com isso, acreditamos que teremos condições de compreender algumas das condições que favorecem a proliferação das tentativas atuais de embasar um tratamento farmacológico e de adaptação do comportamento para o autismo.

### 1.1 O AUTISMO EM BLEULER

O termo autismo foi estabelecido na clínica psiquiátrica por Bleuler em 1911 em seu trabalho intitulado *Dementia Praecox ou grupo das esquizofrenias*. Foi neste mesmo trabalho que Bleuler cunhou o termo *esquizofrenia*, o que vinha nomear uma divisão “radical, inconciliável e, portanto, de difícil dialetização” que o psiquiatra encontrava em seus pacientes psicóticos e que substituiria a *demência precoce* de Kraepelin (Alberti & Beteille, 2014, p. 59). E, neste sentido, os termos de esquizofrenia e de autismo estarão intimamente associados, o que justamente veremos a seguir.

Neste trabalho, para Bleuler, a palavra autismo conceituava uma característica facilmente isolável nos casos mais graves de esquizofrenia e nos quais se percebia uma perda do contato do sujeito com o mundo externo, substituído pelo que o psiquiatra chama de sua “*vida interior*” (Bleuler, 1911/1993, p. 71). Nas palavras de Bleuler, “denominamos autismo a este desapego da realidade, junto com a predominância relativa e absoluta da vida interior” (Bleuler, 1911/1993, p. 71). Para ele, o termo autismo se refere a uma *predominância da vida interior* e isso de tal maneira que “nem a evidência e nem a lógica tem alguma influência sobre suas esperanças (do paciente) e sobre suas ideias delirantes. O que está em contradição com seus complexos simplesmente não existe para

seus pensamentos ou seus sentimentos” (Bleuler, 1911/1993, p. 72). Ou seja, tanto a evidência, do ponto de vista da realidade, (isto é, algo que seria irrefutável para qualquer um e que concerne o fato de alguém ser capaz de aprender algo com a experiência), quanto a lógica, do ponto de vista da razão, (isto é, algo que pelo simples raciocínio lógico seria inequívoco), se referem, segundo Bleuler (1911/1993), àquilo que de um modo ou de outro deve se impor a todo indivíduo minimamente saudável, mas, que entretanto não são capazes de influenciar aquele que padece da esquizofrenia. Nos indivíduos esquizofrênicos encontramos uma espécie de perda de nossa capacidade de objetivação, seja ela de ordem lógica ou perceptiva, e assim, para Bleuler (1911/1993), neste caso “estamos diante de um indivíduo delirante, quem diante de uma contradição entre o real e sua vida interior, elege sua vida interior”. (Bleuler, 1911/1993, p. 72).

Aqui é importante notarmos uma questão. Para o psiquiatra, o termo autismo não designava uma enfermidade, ou uma entidade mórbida em sentido estrito. Ao invés disso, descrevia apenas um sintoma clínico típico da esquizofrenia e, portanto, não uma categoria diagnóstica em si mesma, mas um traço necessário para o diagnóstico da esquizofrenia. Mais precisamente, Bleuler o descrevia como um “sintoma secundário” da esquizofrenia.

[...], as perturbações das funções complexas da inteligência, defeituosa síntese da personalidade total, as relações alteradas com a realidade (autismo), são compreensíveis somente em relação com o já citado sintomas secundários, portanto, eles mesmos são manifestações secundárias (Bleuler, 1911/1993, p. 367).

Em suas palavras, “os sintomas secundários são uma consequência direta da cisão das associações: o emprego de meros fragmentos de ideias no pensamento, com suas falsas conclusões, os deslocamentos, a simbolização, as condensações, o pensamento errático e sem objetivo” (Bleuler, 1911/1993, p. 366). Estas passagens nos ajudam a entender que para Bleuler o autismo seria uma das consequências da divisão da psique, a qual seria, essa sim, o fator primário. Assim, tal como descreve Bleuler, o fator primário – a divisão do psiquismo - seria identificada pelo distúrbio no processo associativo (cisão associativa), sendo o autismo então um efeito desta mesma cisão das associações. Nesse sentido, dizer que o autismo constitui um “sintoma secundário” não significa reduzir sua importância para a determinação e diagnóstico do quadro esquizofrênico – o autismo está necessariamente presente e forma uma característica patognomônica da esquizofrenia e, portanto, deve ser entendido como um sintoma ‘fundamental’. Como dissemos acima, Bleuler o define como “secundário” na medida em que pressupõe sintomas primários,

fazendo com que ele seja da ordem de uma espécie de sintoma reacional da divisão psíquica típica da esquizofrenia.

Para entendermos melhor esta questão, cabe vermos que na seção intitulada *O conceito da esquizofrenia*, presente no 2º capítulo nomeado de *A teoria da Doença*, Bleuler afirma:

A diferença efetuada entre os sintomas primários e os secundários propicia o conceito da doença. *Postulamos a presença de um processo que produz diretamente os sintomas primários; os sintomas secundários são em parte funções psíquicas que operam em condições alteradas e em parte (constituem) os resultados de tentativas de adaptação, mais ou menos bem-sucedidas, às perturbações primárias* (Bleuler, 1911/1993, p. 475).

Bleuler nos apresenta dois importantes entendimentos nesta citação. Por um lado, a doença será definida por seus sintomas; isto é, o diagnóstico de esquizofrenia será efetuado partindo da conjugação das duas categorias de sintomas; os primários e os secundários. Isso vem nos indicar, portanto, que a qualidade de *secundário* do sintoma, como dissemos a pouco, não se refere a uma manifestação menos importante, mas que, ao contrário, juntamente com os sintomas primários, eles se constituem como sintomas fundamentais. Por outro lado, o autismo, tal como outros sintomas secundários, será o efeito de uma tentativa por parte do indivíduo de dar conta da cisão das associações, esta sim, um sintoma primário. Dito de outra maneira, o retraimento para a ‘vida interior’ (autismo) seria um dos modos de lidar com o distúrbio primário e, portanto, um sintoma de natureza reacional, isto é, como o resultado “*de tentativas de adaptação, mais ou menos bem-sucedidas, às perturbações primárias*”, tal como citado por ele. Diante disso nos perguntamos; não estaria Bleuler nos levando a pensar em uma eleição ativa pelo paciente por esse modo de lidar com o sintoma primário, mesmo que essa eleição não possa ser enunciada como tal?

Acompanhemos aqui mais uma importante definição do autismo para o psiquiatra. Vejamos:

O autismo é uma consequência direta do desdobramento esquizofrênico da psique. As pessoas sãs têm a tendência, nas operações lógicas, a empregar todos os elementos apropriados, sem consideração por seu valor afetivo. Por sua vez, o relaxamento esquizofrênico dos processos lógicos conduz à exclusão de todas as associações que estão em conflito com os complexos afetivamente acentuados. A necessidade que está presente em todo ser humano de buscar na fantasia um substituto da realidade insatisfatória, pode ser deste modo gratificada sem encontrar nenhuma resistência. Pouco importa até que ponto os produtos da fantasia estejam em contradição com a realidade, na mente do paciente eles não entram em conflito com ela. Na verdade, eles são harmonizados com as

necessidades afetivas do paciente. Nos casos graves, se exclui toda a realidade com seus incessantes estímulos sensoriais-perceptivos; no melhor dos casos, a realidade existe somente nas suas relações mais banais, comer, beber, vestir-se. O conteúdo do pensamento autista é incorrigível e assume para os pacientes um completo valor de realidade, enquanto que àquele que se atribui a realidade mesmo se atribui a zero (1911, 1993, p. 386-387).

Embora Bleuler tenha se referido ao autismo como uma consequência direta da divisão psíquica, devemos considerar nesta passagem algo de extrema importância e que, segundo nossa compreensão, poderia sugerir novamente uma atividade do paciente na eleição desse sintoma. Segundo o psiquiatra, a substituição da realidade pela fantasia permite ao paciente conciliar seus afetos com os produtos da fantasia sem obedecer à imposição insatisfatória da realidade, uma satisfação que se realiza de forma tão radical no autismo de maneira a não encontrar nenhuma resistência. Poderíamos dizer aqui que se trataria, portanto, de uma satisfação que não passa pelas leis do Outro. Seria justamente por conta disso que a essência do fenômeno autista não se resumiria à simples indistinção entre realidade e fantasia, mas sim que “os pacientes não desejam estabelecer nenhum contato com o mundo exterior” (Bleuler, 1911/1993, p. 462). Ou seja, haveria aí um ato subjetivo, uma positividade, que Bleuler parece estar nos sugerindo quanto ao autismo.

Compreendemos de fundamental importância destacar esse aspecto subjetivo do sintoma autístico, tal como isolado por Bleuler, e que se revela numa posição ativa de abandono da realidade a favor da vida interior - expressa por uma vontade de afastar-se da realidade;

em parte, a sintomatologia reapresenta a expressão de uma tentativa mais ou menos exitosa de encontrar uma saída para uma situação intolerável. [...]. O paciente torna a realidade inócua impedindo que ela o toque (autismo); a ignora, a isola, se afasta, em seus próprios pensamentos. Para esses pacientes, o autismo tem o mesmo significado que os muros do monastério para os monges, que o deserto solitário para os santos, que seus estudos para alguns cientistas (Bleuler, 1911/1993, p. 743)

Nos parece que através das analogias que propõe, com a vida dos monges, dos santos e cientistas, Bleuler está nos sugerindo mais do que seu aparente naturalismo psiquiátrico permitiria dizer. Através das figuras do monge, do Santo e do Cientista, Bleuler não estaria mais simplesmente descrevendo uma característica de puro isolamento, um puro efeito orgânico, mas também revelando no autismo uma espécie de

posição subjetiva<sup>1</sup>, algo tão fortemente dependente de uma estrutura simbólica quanto indicativo de um modo de gozo (em termos lacanianos).

Se podemos efetivamente traçar certas referências a aspectos libidinais com respeito ao autismo em Bleuler, devemos, no entanto, nos perguntar por que o autor não se serviu do conceito de autoerotismo utilizado por Freud, já que a princípio parecem termos muito próximos?

Segundo o Dicionário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis (1992), autoerotismo pode ser entendido em dois sentidos; “Em sentido amplo, característica de um comportamento sexual em que o sujeito obtém a satisfação recorrendo unicamente ao seu próprio corpo, sem objeto exterior (...)” e, em sentido mais estrito,

característica de um comportamento sexual infantil precoce pela qual uma pulsão parcial, ligada ao funcionamento de um órgão ou à excitação de uma zona erógena, encontra a sua satisfação no local, isto é: 1) sem recorrer a um objeto exterior; 2) sem referência a uma imagem do corpo unificada, a um primeiro esboço do ego, tal como ele caracteriza o narcisismo (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 47).

Fazemos referência à questão do autoerotismo na medida em que muitos autores mencionam que Bleuler teria tomado o conceito freudiano de autoerotismo para forjar o termo autismo, mas retirando daquele o componente libidinal – eros (Tendlarz, 2015, p. 09). Segundo Holanda, deveríamos considerar - quanto a essa opção pelo termo autismo em detrimento de autoerotismo - que Bleuler “recusava o valor dado por Freud à sexualidade na causação da psicopatologia” (Holanda, 2014, p. 106). Algo semelhante ao que dizem Alberti e Beteille (2014), para quem “o que diferencia o Autismo de Bleuler do autoerotismo de Freud é a ausência, justamente, do que Freud conceituou como Eros, esse laço libidinal possível” (Alberti & Beteille, 2014, p. 63).

É importante mencionarmos que não encontramos em Bleuler uma afirmação semelhante – isto é, *que ele (Bleuler) teria tomado o conceito freudiano de autoerotismo para forjar o termo autismo e retirado daquele o componente libidinal* - pelo menos não de maneira direta. No 1º capítulo de *Dementia Praecox ou grupo das esquizofrenias*, capítulo este dedicado aos *Sintomas fundamentais* e que concerne às funções simples da atividade mental (como por exemplo as associações e a afetividade), encontramos uma importante referência de Bleuler a Freud no tocante ao problema das esquizofrenias. Segundo Bleuler,

---

1 A compreensão do autismo enquanto uma posição subjetiva na estrutura da linguagem será desenvolvida no decorrer dessa dissertação.

os esquizofrênicos mais graves que não tem contato com o mundo externo, que vivem em um mundo próprio, se fecharam em seus desejos e anseios (que consideram realizados) ou se ocupam das vicissitudes e atribuições de suas ideias persecutórias; se separaram de toda maneira possível de todo contato com o mundo exterior. A este desinteresse pela realidade, junto à predominância, relativa e absoluta, da vida interior, denominamos autismo (Bleuler, 1911/1993, p. 71)

Vemos nesta passagem Bleuler assinalando - através de sua referência a indivíduos que se *fecharam em seus desejos e anseios*, por exemplo - uma forma de retraimento subjetivo que parece entretanto afastá-lo fortemente das definições psicanalíticas mais restritas do autoerotismo, na medida em que tais desejos e anseios, situados necessariamente do lado das *ideias* - como assinala Bleuler - parecem ultrapassar o âmbito do *prazer de órgão* e das pulsões parciais. Cabe aqui, entretanto assinalarmos, que é justamente quanto à definição de autismo que fornecemos acima que encontramos a mencionada referência de Bleuler a Freud em uma importante nota de rodapé. A respeito dessa definição Bleuler diz que

o autismo quase coincide com o que Freud denominou autoerotismo. Mas, dado que para esse autor os conceitos de libido e de erotismo são muito mais amplos que para outras escolas, não poderíamos usar aqui seu termo sem dar origem a muitos mal-entendidos. Essencialmente, o termo de autismo designa, de uma maneira positiva, o mesmo conceito que Janet formulou negativamente como ‘a perda do sentido da realidade. No entanto, não podemos aceitar sem discussão a proposição de Janet, pois ele compreende esse sintoma num sentido demasiadamente geral. O sentido da realidade não está totalmente ausente no esquizofrênico. Só falta em relação a assuntos que ameaçam contradizer seus complexos (Bleuler, 1911/1993, p. 71-72).

Bleuler opta de fato por não adotar o conceito de autoerotismo, considerando seu uso, por parte de Freud, demasiadamente abrangente. Não sabemos em que medida este conceito seria para Bleuler demasiadamente abrangente, mas efetivamente sabemos que a divergência se dá quanto a libido e quanto a eros, tal como ele mesmo nos diz. De toda forma, o que é possível inferirmos pelo desdobrar dos argumentos é que para Bleuler possivelmente o autoerotismo seria compreendido apenas como uma satisfação obtida pela manipulação do próprio corpo e não em termos pulsionais, tal como depreendemos de Freud. Para este, ao contrário, no autoerotismo a satisfação das pulsões se daria parcialmente, ao nível de cada zona erógena tomada isoladamente e sem uma organização de conjunto, mesmo que para isso fosse necessário o contato da zona erógena por outra parte do corpo. (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 48). Portanto, uma das maneiras de pensarmos a opção de Bleuler por não usar esse termo é considerarmos que para ele não se trata de autoerotismo na medida em que não haveria necessariamente uma manipulação



do próprio corpo e o privilégio do diagnóstico recairia sobre aquele retraimento para a vida interior, o que não levaria em conta o aspecto corporal, mas apenas o psíquico referido à consciência. Em suma, quando passamos do autoerotismo (autístico) de Freud (Freud, 1921/1996, p. 81) para o autismo de Bleuler, passamos igualmente do sexual para o cognitivo, do corporal para a consciência, e do infantil para o adulto. Efetivamente, se torna assim mais coerente pensarmos a descontinuidade que a continuidade entre os conceitos.

No entanto, voltemos à citação anterior e pensemos a passagem na qual Bleuler argumentava que o *autismo* designa “de uma maneira positiva, o mesmo conceito que Janet formulou negativamente como ‘a perda do sentido da realidade’”. Ou seja, enquanto Janet privilegiava a perda da realidade, Bleuler acentuava não o que se perdia mas o que se obtinha positivamente. E, de nosso ponto de vista, diz respeito ao ganho de satisfação obtido ao se evitar que a realidade ameace os complexos interiores. Assim é que, como disse Bleuler, “o sentido da realidade não está totalmente ausente no esquizofrênico. Só falta em relação a assuntos que ameaçam contradizer seus complexos” (Bleuler, 1911/1993, p. 71-72). De fato, ao não mencionar diretamente os aspectos libidinais envolvidos na definição do autismo, Bleuler se afastou do conceito de autoerotismo de Freud, no entanto, embora o privilégio pelo psiquiatra não tenha sido quanto à questão libidinal, não nos parece que a satisfação envolvida na concepção de libido tenha efetivamente sido excluída na definição de autismo dada por Bleuler. Haja vista, conforme já mencionamos anteriormente, a positividade que Bleuler atribui ao sintoma ao privilegiar a satisfação que o paciente obtém ao retrain seus interesses a seu mundo interior em nome do caráter imperioso de seus desejos e anseios.

No entanto, de maneira inversa, não é difícil percebermos que para Freud *autismo* também seria um termo equivocado para designar um sintoma da esquizofrenia, já que para a psicanálise não haveria nesta patologia uma ausência libidinal em sentido estrito, mas apenas uma forma específica de seu funcionamento e que inclusive revelaria uma das maneiras mais próprias da dinâmica sexual, a narcísica. Isso se manifesta no fato de Freud se referir ao termo *autismo* em dois momentos, um na referência à obra do Dr. Varendonck, onde assinala uma semelhança entre o “pensamento autista de Bleuler” e as experiências do devaneio e do sono (Freud, 1921/1996, p. 287); o que nos sugere que a aproximação dos termos se deve por uma espécie de pensamento fechado sobre si mesmo. E outra referência encontramos na introdução de *Psicologia de Grupo e a análise do eu* onde Freud (1921/1996) assinala que aquilo que ele intitula *processos narcísicos* – nos

quais a satisfação das pulsões é “parcial ou totalmente retirada da influência de outras pessoas” – “Bleuler talvez os chamasse de *autísticos*” (Freud, 1921/1996, p. 81).

Vemos aqui Freud assinalar a indicação de uma satisfação libidinal desvinculada de sua referência ao Outro, mas não inexistente. Ou ainda, no dizer de Lacan (1962-63/2005), em uma de suas primeiras referências importantes ao tema: “esse algo que não se projeta, não se investe no nível da imagem especular, que é irreduzível a ela, em razão de permanecer [...] no nível do próprio corpo, do narcisismo primário, daquilo a que chamamos autoerotismo, de um gozo autista” (Lacan, 1962-63/2005, p. 55).

Importante mencionarmos que nas duas passagens acima os psicanalistas estão se referindo ao termo *autista* em relação ao gozo e não como categoria diagnóstica (não havia, inclusive, nos dois autores uma preocupação em delimitar o autismo como uma categoria diagnóstica). Segundo Tendlarz (2015), o gozo é um termo psicanalítico que nomeia a conjugação da satisfação, da libido e da pulsão de morte, sendo sempre autoerótico, uma satisfação por fora do laço com o Outro. Ou seja, assinalar o caráter autístico do gozo não é o mesmo que o diagnóstico de autismo (Tendlarz, 2015, p. 10). Isto pode ainda ser dito de outra maneira; “Este autismo da palavra, na medida em que cada um fala sozinho, não obstante, não se confunde com o diagnóstico de autismo pensado como um funcionamento subjetivo singular” (Tendlarz, 2015, p. 112).

De toda maneira, em termos psicanalíticos, nos parece que Bleuler, ao procurar descrever este sintoma secundário e fundamental da esquizofrenia que chamou de autista, descreveu justamente um modo de satisfação autoerótica e não exatamente algo do qual o gozo estaria ausente<sup>2</sup>.

## 1.2 BLEULER, A QUESTÃO DO TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA E DO LUGAR DO AUTISMO NESTE TRATAMENTO

Ao final do capítulo *A teoria da doença*, Bleuler vai defender a importância de conceber um processo neurológico subjacente ao curso da patologia e responsável pela sua eclosão e desenvolvimento:

[...] apesar de algumas exceções o curso da doença parece ser espontâneo, em um grau considerável e independente das influências psíquicas. Não se encontra uma semelhante incurabilidade básica dos pacientes e uma impossibilidade de influir

---

2 A importância de considerarmos o gozo no autismo se dá em razão da psicanálise considerar que é somente através daquele que se pode colocar em primeiro plano o problema da responsabilidade para o sujeito.

sobre o curso da doença nos transtornos funcionais, coisas que não achamos nas esquizofrenias (Bleuler, 1911/1993, p. 478).

Nesta passagem, Bleuler diferencia os transtornos funcionais da esquizofrenia, atribuindo a esta além de uma ‘incurabilidade’ também uma impossibilidade de ter seu curso influenciado. Entendamos transtornos funcionais aquilo que se refere a funções mentais, psicológicas e, portanto, conforme a concepção de Bleuler diferente da esquizofrenia, pois esta de causa orgânica e ‘independente das influências psíquicas’.

No entanto, apesar disso, Bleuler afirma quanto ao tratamento que “o único tipo de terapia que pode ser usado seriamente para a esquizofrenia, como um todo, é o método psíquico” (p. 490). No caso, Bleuler está se referindo à possibilidade de influir sobre a condição da esquizofrenia a partir de seus sintomas e não sobre sua causa, essa então orgânica. Diz Bleuler quanto a isso, que

infelizmente, no entanto, mal passamos da etapa empírica neste terreno. Dado que a sintomatologia da doença é dominada por complexos, e uma vez que muitas vezes oferecem (os complexos) um ponto de partida para penetrar na psique do paciente, também deve ser possível influenciar a condição de doença desde esse aspecto (p. 490).

Bleuler não deixa claro de que maneira seria possível penetrar na psique do paciente. No entanto, se consideramos que o *psíquico* está intimamente ligado ao representacional, podemos concluir que a possibilidade de influir na esquizofrenia, segundo o próprio Bleuler, seria pela via dos complexos e das representações a eles associados. Porém, embora Bleuler faça algumas considerações sobre o hipnotismo, ele é enfático ao afirmar que o método não funciona na esquizofrenia tal como funcionaria na neurose. Bleuler também afirma que a relação transferencial, bastante eficaz na neurose, na esquizofrenia normalmente desencadeia sintomas erotomaníacos. Mas, mesmo com tais ressalvas, reconhece certos ganhos devidos a um tratamento pela palavra, sobretudo em casos mais brandos. Diz Bleuler:

O método de descobrir complexos e permitir a ab-reação raramente alcança o mesmo sucesso com esquizofrênicos graves do que com os neuróticos. Não muda os pacientes. No entanto, nos casos mais moderados, mais comuns na clínica particular do que nos hospitais, esse tipo de terapia às vezes causa uma clara melhora, que pode persistir por vários anos. No caso de uma recaída, o tratamento pode ser repetido com sucesso (p. 495).

Considerando essas dificuldades para o tratamento, Bleuler apresenta uma série de recomendações puramente terapêuticas, como por exemplo, a boa higiene, sono e nutrição adequados, combate ao alcoolismo, realização de trabalhos manuais e

especialmente a participação do paciente a um programa de terapia ocupacional. Bleuler ainda orienta que sejam evitados o desgosto, a decepção amorosa, as tensões e temores, bem como a excitação emocional e psíquica, pois seriam fatores que levariam ao desencadeamento do quadro e das crises. De todo modo, o psiquiatra é bastante direto quanto a impossibilidade de uma profilaxia: “até agora não conhecemos nenhuma profilaxia verdadeira para a doença” e, “não podemos demonstrar que essas precauções tenham impedido alguma vez seu aparecimento” (p. 485).

Quanto à possibilidade de cura, Bleuler nos diz que não se conhece em sua época nenhuma medida que cure a enfermidade como tal ou que detenha o processo. Bleuler ainda inclui nessa impossibilidade qualquer intervenção no próprio corpo do paciente, como por exemplo as cirurgias e principalmente as intervenções nos órgãos genitais. Quanto a isso, nos diz Bleuler que “nunca viu nenhum êxito no tratamento ginecológico que recomendam alguns autores” (p. 487) E, em uma nota de rodapé afirma:

[...] os pensamentos sexuais não indicam que a enfermidade se origine nos órgãos sexuais. Inclusive porque tais pensamentos se apresentam também nos indivíduos normais, e demonstram melhor ainda o contrário, a saber, que a sexualidade física e psíquica é normal, ou ao menos ativa (p. 487).

Considero importante nos determos brevemente para comentar esta nota. Ela nos parece retirar seu valor não em função de seu conteúdo específico, mas ao contrário, em razão de sua amplitude e universalidade. Acreditamos que isto que Bleuler afirma, isto é, que uma ideia *sexual* não é causada pelo *órgão* sexual, pode ser ampliado e transposto para além de seu caso particular, e considerado, por exemplo, em um âmbito de questões mais próximas da psicanálise; que o pensamento não é causado pelo cérebro. Em outras palavras, acreditamos poder transpor essa consideração de Bleuler, tratando-a como uma espécie de máxima. Da mesma maneira que um transtorno sexual não é causado pelo seu órgão fisiologicamente correspondente, um transtorno mental não necessariamente deve ser rebatido sob seu substrato orgânico. Enfim, se podemos tratar tal consideração de Bleuler, como dissemos acima, como uma máxima, então, podemos também aplicá-la ao problema do autismo e considerar que as suas manifestações não são a expressão de um problema orgânico, mas sim uma forma particular de expressão<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Cabe assinalar aqui, mesmo ao preço de anteciparmos nossas discussões, que também será isto, por exemplo, o que encontraremos nas descrições de Kanner na sua tentativa de compreender os problemas na alimentação de algumas das crianças por ele observadas e que, segundo ele mesmo, não dizem respeito a uma disfunção nos órgãos do aparelho digestivo.

Quanto ao sintoma de autismo especificamente, Bleuler estabelece que as tarefas gerais do tratamento consistem na “educação do paciente para restabelecer seu contato com a realidade, isto é, no combate ao seu autismo” (p. 491). O privilégio no caso é quanto ao restabelecimento do contato com a realidade (diferentemente de Kanner, como veremos a seguir, para quem o privilégio é dado ao contato afetivo). Para Bleuler, o contato com a realidade é essencial para que o paciente possa exercer seu autocontrole, o que inclui o controle de alguns de seus sintomas (p. 491). De todo modo, Bleuler não parece sugerir nenhum forçamento em direção ao restabelecimento deste contato com a realidade, pelo contrário, diz ele que “nada pode ser feito por muito tempo, até que finalmente o paciente abandone sua resistência e permita que ele seja influenciado” (p. 491). Para isso, segundo ele, “é muito importante fazer repetidas tentativas de obter acesso ao paciente” (p. 491).

Intencionando o restabelecimento do contato com a realidade, Bleuler aconselha então que se elimine “algumas das peculiaridades que os pacientes adotam facilmente” (p. 501). Bleuler está se referindo neste caso aos objetos que os pacientes autistas se apegam, como as “coroas de papel, as espadas de madeira e as bonecas de madeira”. Segundo ele, a retirada destes objetos do hospital ocasiona uma “vantagem para os pacientes” (p. 501). Isto é, o psiquiatra entende que os objetos dos autistas (objetos autísticos) devem ser retirados dos pacientes. No entanto, para Bleuler, isso não significa que em “alguns casos, o paciente não seja autorizado a manter qualquer um de seus bens” e isso na medida em que possam estar vinculados a seus complexos. No entanto, Bleuler aconselha que essa manutenção dos objetos deve ser feita com grande cautela, “considerando todas as circunstâncias, pois pode estimular o autismo” (p. 501). Ou seja, Bleuler não só incentiva a retirada dos objetos dos sujeitos autistas ainda que com certa cautela sob o risco de agravar o autismo, como também orienta a “não deixar certas estereotipias se instalarem” e a lutar contra certos hábitos (p. 501)<sup>4</sup>.

De toda maneira, Bleuler não nos informa claramente do que se trata no tratamento psíquico por ele recomendado, porém nos apresenta importantes considerações.

---

4 Vale assinalar que esta direção vai no sentido contrário à orientação psicanalítica que considera os objetos autísticos e as próprias estereotipias como formas de defesa do autista em relação ao Outro e que, enquanto tal, devem ser tratadas como uma produção necessária e estrutural para o sujeito. Neste sentido, esses objetos e estereotipias fazem parte da economia pulsional do sujeito e, assim, seu destino será traçado pelo próprio tratamento, não sendo algo a ser simplesmente por aquele excluído. Dada a importância do tema da defesa para a consideração do sujeito, retornaremos a este tema no capítulo 2.

Primeiramente afirma que, sem dúvida, se produz uma melhora nos pacientes devido ao tratamento psíquico. Em segundo lugar, que embora não possa afirmar o que se deva fazer em cada caso, recomenda que cada paciente seja abordado de maneira singular e que o clínico também se apoie não apenas no que sabe, mas também em seu não-saber – “somos levados a tatear no escuro; de fato, pode-se dizer que a única maneira é oferecer à sorte a mesma oportunidade, para que possam tirar proveito de algumas delas. Se isso é feito no momento certo, muitas vezes se pode conseguir muito” (p. 490). Em terceiro lugar, diz que embora haja regras que em realidade são contraditórias, podem ser válidas segundo o caso e as circunstâncias – “em particular deve-se fazer todos os esforços para evitar a provocação do negativismo do paciente; quanto menos resistência e contradição encontra o paciente nos que o rodeiam menos inclinação mostrará para se opor a eles em termos de negativismo” (p. 491). E, em função disso, no que concerne a relação terapêutica, Bleuler nos diz que em um

[...] caso individual, deve-se considerar não apenas a própria personalidade do paciente, mas também a do médico. Um método que provou ser valioso nas mãos de um médico pode falhar nas mãos de outro. A regra principal é que nenhum paciente deve ser abandonado; o médico deve estar sempre pronto para agir e oferecer ao paciente a oportunidade de abandonar seu modo de pensar patológico. Deve haver recursos físicos e mentais suficientes para oferecer aos pacientes os cuidados necessários nos hospitais e, especialmente, deve-se fornecer uma estratégia adequada que forneça a cada paciente o tratamento necessário e apropriado e no momento certo (p. 496)

E, assim, com essa última passagem é interessante mencionarmos o privilégio que Bleuler confere à relação médico-paciente como uma das condições de êxito do tratamento. Isso nos chama a atenção, pois, conforme veremos, esta dimensão intersubjetiva do tratamento estará excluída nos Manuais diagnósticos<sup>5</sup>, onde prevalecerá uma descrição objetiva das patologias.

### 1.3 O AUTISMO PARA KANNER

Mais de trinta anos depois, será o psiquiatra Leo kanner quem redefinirá o conceito de autismo, não mais situando-o como um sintoma secundário da esquizofrenia, mas como uma entidade mórbida específica. No ano de 1943, Kanner descreve a síndrome

---

5 Este ponto será retomado ainda neste capítulo na sua última seção.

- em suas palavras, *nunca antes descrita* - que nomeia como *Autismo Precoce Infantil*, no artigo intitulado “Distúrbios autísticos do contato afetivo” (Kanner, 1943, p. 217). Neste artigo, Kanner descreve com riqueza de detalhes suas observações, acompanhadas de informações fornecidas pelos próprios pais, de onze crianças - 8 meninos e 3 meninas, todas elas contando com menos de onze anos de idade e durante os anos de 1938 a 1943, que, segundo ele, teriam em comum “uma inabilidade em se relacionarem de uma maneira usual com as pessoas e as situações desde o início da vida” (Kanner, 1943, p. 242).

Segundo Kanner, os pais dessas crianças notaram que desde o início da vida seus filhos agiam de maneira “auto-suficiente”, como se estivessem “fechados como uma concha”, mostrando-se “felizes quando deixados sozinhos”, “agindo como se as outras pessoas não existissem ou como se estivessem hipnotizados” (Kanner, 1943, p. 242). Para Kanner, embora essas características tenham permitido que “algumas dessas crianças tenham sido vistas como debilitadas ou esquizofrênicas” (Kanner, 1943, p. 242), o autismo infantil precoce, apesar de suas semelhanças com estas, difere tanto da debilidade quanto da esquizofrenia por algumas características que são descritas por ele em seu artigo (Kanner, 1943, p. 248).

No que concerne às semelhanças com a esquizofrenia, Kanner aproxima alguns fenômenos no autismo precoce como, por exemplo, o próprio autismo extremo – tal como acompanhamos na descrição de Bleuler, a obsessividade, estereotipias e a ecolalia. No entanto, segundo ele, tais semelhanças não devem apagar sua radical diferença, pois

[...] não se trata, como nas crianças e adultos esquizofrênicos, de uma ruptura de relações previamente estabelecidas; não se trata de uma retirada sucedendo uma participação. Existe desde o início um isolamento *autístico* extremo que, sempre que possível, faz com que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo o que vem do exterior. Um contato físico, um movimento ou um ruído que ameçam interromper este isolamento ‘são tratados como se não existissem’, ou, se isto não for mais suficiente, são sentidos como intrusões profundamente perturbadoras (Kanner, 1943, 242).

Como pudemos acompanhar na citação acima, Kanner estabelece um diagnóstico diferencial a partir da inexistência de um momento de “ruptura de relações previamente estabelecidas”, fazendo com que o autismo apresente um fundo diferente daquele que ocorre na esquizofrenia. Ou seja, para Kanner, na esquizofrenia, o sujeito primeiro estabelece um laço com a realidade para em seguida rompê-lo, enquanto no autismo este laço não seria nem previamente criado. É justamente isso que assinala Holanda, que “as gradações do afastamento da realidade e a relativa ruptura, presentes no autismo de



Bleuler, dão lugar a uma radical e primeva não entrada na realidade” no caso do autismo de Kanner (Holanda, 2014, p. 108).

No que concerne a diferença quanto a um quadro de debilidade e embora “a maioria dessas crianças tenha sido considerada uma vez ou outra como debilitada” (Kanner, 1943, p. 247), Kanner afirma ao longo do artigo a inquestionável e boa potencialidade intelectual e cognitiva dessas crianças. Segundo ele, “O espantoso vocabulário das crianças falantes, a excelente memória para eventos de vários anos antes, a fenomenal memorização de poemas e nomes e a lembrança precisa de padrões complexos e sequências, revelam boa inteligência no sentido mesmo em que essa palavra é usada” (Kanner, 1943, p. 247).

Cabe também assinalarmos que Kanner não só difere o autismo da esquizofrenia e da debilidade como também o difere de uma deficiência orgânica em sentido comum. Segundo ele, sete das onze crianças foram equivocadamente consideradas surdas ou com alguma deficiência auditiva. No entanto, diferentemente de um problema no aparelho auditivo, para Kanner, o que respondia ao quadro era uma “necessidade todo-poderosa de não ser perturbada. Tudo o que é trazido para a criança de fora, tudo o que muda seu ambiente externo ou mesmo interno, representa uma temida intrusão” (Kanner, 1943, p. 244).

Neste sentido, a recusa de se alimentar observada em algumas das crianças também não seria o resultado de alguma deficiência nos órgãos do aparelho digestivo, mas obedeceriam a mesma intenção de não ser perturbado. Por conta dessa vontade em “*manter o mundo lá fora*” (Kanner, 1943, p. 244), segundo o autor, dois de seus pacientes vomitaram muito durante o primeiro ano, outro teve que ser alimentado com tubo até um ano de idade e três deles apresentaram uma severa dificuldade de alimentação desde o início da vida (Kanner, 1943, p. 244). Interessante notarmos que Kanner ainda acrescenta que a muitos de seus pacientes, “após uma luta malsucedida”, finalmente desistiram da luta e “começaram a se alimentar satisfatoriamente” (Kanner, 1934, p. 244). E, com esse argumento, que a nosso entender marca ao mesmo tempo o reconhecimento tácito por parte do psiquiatra de que se trata aí de uma posição subjetiva, Kanner estabelece as bases que distanciam o autismo de um déficit orgânico (embora ao se referir ao *inatismo* da síndrome gere uma grande polêmica, conforme veremos).

Podemos acompanhar neste artigo, então, o esforço de Kanner em descrever o autismo como uma “*síndrome* única, até então não relatada, que parece ser rara o

suficiente, mas provavelmente mais frequente do que é indicado pela escassez de casos observados” (Kanner, 1943, p. 242).

Segundo o autor, embora haja “diferenças individuais no grau de sua perturbação, a manifestação de características específicas, a constelação familiar e o desenvolvimento passo-a-passo ao longo dos anos” (Kanner, 1943, p. 241-242), “as atividades e enunciados das crianças são governadas de maneira rígida e consistente pelo *poderoso desejo de solidão e mesmice*” (Kanner, 1943, p. 249). Segundo Kanner, o mundo do autista parece ser

[...] constituído por elementos que, uma vez experimentados em um determinado cenário ou seqüência, não podem ser tolerados em nenhuma outra seqüência; nem a configuração ou seqüência pode ser tolerada sem todos os ingredientes originais na mesma ordem espacial ou cronológica. Eis a repetição obsessiva. Eis a reprodução de frases sem alteração pronominal. Eis, talvez, o desenvolvimento de uma verdadeira memória fenomenal que permite à criança recordar e reproduzir complexos padrões ‘sem sentido’, por mais desorganizados que sejam, exatamente da mesma forma como originalmente interpretada (Kanner, 1943, p. 249)

Acompanhamos no artigo de Kanner, o psiquiatra a todo momento interpretando o autismo como a manifestação de um *desejo de solidão e mesmice* que vem ordenar o universo autista através da expressão de uma exigência de fixidez e de imutabilidade. Assim, não é muito repetir que será esse *desejo de solidão e mesmice* o que veremos se manifestar tanto na exigência de fixidez, através dos rituais ou dos movimentos repetitivos, quanto na exigência de imutabilidade, expressa na recusa a que esses rituais e movimentos se modifiquem.

Esse *desejo de solidão e mesmice* que se configura no núcleo das observações de Kanner é o que torna possível ao psiquiatra compreender uma série de manifestações da posição subjetiva do autista. Neste sentido, o que chega do exterior à criança e se configura como uma ameaça ao seu universo de fixidez e imutabilidade é sentido como uma invasão, uma intrusão. Kanner observa que a criança reage com horror e pânico a essa intrusão ocasionada por ruídos altos e objetos em movimento, tais como, por exemplo, triciclos, aspiradores de pó, água encanada, queimadores a gás, brinquedos mecânicos, até mesmo o vento (Kanner, 1943, p. 245). Segundo o autor, não é o ruído ou movimento em si que é temido, pois

[...] a perturbação vem do ruído ou movimento *que se intromete, ou ameaça se intrometer, na solidão da criança*. A própria criança pode alegremente fazer um barulho tão grande quanto o que teme e mover objetos conforme seu desejo. Mas os ruídos e movimentos da criança e todas as suas performances são tão

monotonamente repetitivas quanto suas declarações verbais. Há uma limitação marcante na variedade de suas atividades espontâneas. O comportamento da criança é governado por um *desejo ansiosamente obsessivo pela manutenção da uniformidade* que ninguém, a não ser a própria criança pode interromper em raras ocasiões. Mudanças de rotina, de arranjo de móveis, de um padrão, da ordem em que os atos cotidianos são realizados, podem levá-la ao desespero (Kanner, 1943, p. 245, grifo nosso).

Podemos compreender, tal como Kanner nos diz, que algumas características apresentadas pelos autistas por ele acompanhados, tais como a ausência de reação frente aos acontecimentos externos, uma desvalorização do ambiente social e o retraimento em relação ao mundo exterior, não significariam o desconhecimento de determinada realidade, mas, ao contrário, o fechamento para um mundo não compartilhado. (Kanner, 1943). Neste sentido, seria equivocado dizer que essas crianças não estavam cientes da presença das pessoas, mas que, contanto que essas pessoas deixassem a criança em sua solidão, elas (as pessoas) “figuravam da mesma maneira que a mesa, a estante ou o arquivo” (Kanner, 1943, p. 246). Assim, no que se refere à alteridade, Kanner encontrou como característico uma pouca ou mesmo ausente reação à presença ou ausência do outro, e também uma escassa ou mesmo inexistência de tentativas de comunicação. Segundo Kanner, “a solidão profunda domina todo comportamento. O pai ou a mãe, ou ambos, podem ter ficado afastados por uma hora ou um mês no retorno ao lar, não há indicação de que a criança tenha tido consciência da ausência deles” (Kanner, 1943, p. 247). No entanto, se a relação com as pessoas se baseia em uma espécie de rechaço, com os objetos a relação é ‘completamente diferente’, segundo Kanner, - e nós diríamos que é de proximidade. Mas, na presença dos outros o rosto das crianças ao mesmo tempo dá a impressão de seriedade e de uma tensão ansiosa, “provavelmente por causa da antecipação desconfortável de possíveis interferências, quando sozinhos com objetos, muitas vezes há um sorriso plácido e uma expressão de beatitude”, às vezes acompanhada de canções alegres e monótonas (Kanner, 1943, p. 247). Kanner ainda observa que as crianças ao entrarem “no escritório, foram imediatamente atrás de blocos, brinquedos, outros objetos, sem prestar a mínima atenção às pessoas presentes. (Kanner, 1943, p. 246). E assim,

[...] objetos que não mudam sua aparência e posição, que conservam a sua mesmice e nunca ameaçam interferir com a solidão da criança, são prontamente aceitos pela criança autista. Ele tem uma boa relação com os objetos, está interessado neles, *pode brincar com eles alegremente por horas*, pode gostar muito deles ou *ficar bravo* com eles se, por exemplo, não puder encaixá-los em

um determinado espaço. Quando com eles, a criança tem um *senso gratificante* de poder e controle indiscutível (Kanner, 1943, p. 246, grifo nosso).

Com isso, Kanner nos fornece uma importante dica quanto a possibilidade de tornar suportável a essas crianças a presença do outro. Kanner percebeu que uma aproximação a essas crianças que lhes seja menos aflitiva seria possível ao se colocar de tal maneira como um “objeto”. Ou seja, não colocar em jogo no encontro com o autista os signos da presença de um Outro desejante; sua voz, seu olhar, o enigma de seu desejo, pelos quais a criança poderia se sentir surpreendida, invadida.

Para Kanner, a criança autista viveria em um mundo de objetos utilizados de maneira estereotipada, havendo uma fixidez em objetos ou em grupo de objetos e sem construção de uma narrativa na qual esses objetos teriam para a criança um valor significativo de troca no universo social (Kanner, 1943). De todo modo, ao observar a relação particular que o autista estabelece com seus objetos, não só Kanner nos ajuda a pensar em modos de aproximação, como ele ainda marca de maneira indiscutível a satisfação obtida por essas crianças no manejo de seus objetos, o que nos faz considerar, já desde Kanner, a importância daqueles na estruturação de seu universo. Kanner narra a mudança de humor “abruptamente para um estado de placidez” de uma das crianças quando seu objeto perdido foi recuperado. Outra criança quando picada mostrou medo do alfinete, mas não da pessoa que o picou. (Kanner, 1943, p. 247). O psiquiatra narra ainda a sensação de poder obtida por duas das crianças ao girar seus objetos. Outra “pulou para cima e para baixo em grande alegria” quando rolou e viu os pinos que segurava caírem.

Quanto a seus próprios corpos, diz Kanner, que “as crianças sentiram e exercitaram o mesmo poder sobre seus próprios corpos (tal como os objetos), rolando e com outros movimentos rítmicos. Essas ações e o fervor extático que a acompanha indicam fortemente a presença de gratificação orgástica masturbatória” (Kanner, 1943, p. 246).

Vemos no uso que o autista faz dos objetos o mesmo modo de se relacionar com o seu entorno e seu corpo e que se traduz num desejo de imutabilidade. Como exemplo, Kanner se refere aos rituais que os autistas se veem impelidos a completar de maneira obsessiva até que a performance esteja toda completa. Quanto a isso, diz Kanner que mesmo após

[...] o lapso de vários dias, uma multidão de blocos poderia ser rearranjada precisamente no mesmo padrão anteriormente organizado, com a mesma cor de cada bloco virada para cima, com cada figura ou letra na superfície superior de cada bloco voltada para a mesma direção como antes” [...] ‘A ausência de um

bloco ou a presença de um bloco supranumerário foi notada imediatamente, e houve uma demanda imperativa para a restauração da peça que faltava. [...] Se alguém removesse um bloco, a criança se esforçava para recuperá-lo, entrando em uma crise de pânico até ele recuperá-lo, e então prontamente e com súbita calma depois que a tempestade retornou ao projeto e substituiu o bloco. Essa *insistência na mesmice* levou várias das crianças a ficarem muito perturbadas com a visão de qualquer coisa quebrada ou incompleta (p. 245)

Uma vez que tanto o uso dos objetos quanto a relação com o entorno obedecem à mesma lógica, Kanner observa que com o uso da linguagem não é diferente. Assim, o autor estabelece que os distúrbios da linguagem fazem parte dessa sintomatologia, entendendo que a linguagem pode não se desenvolver, pode surgir precocemente, mas sendo pouco comunicativa, ou ainda, pode ser que apareça tardiamente, mais ou menos alterada. Segundo Kanner, embora as funções da fala e seu uso seja distinto entre as onze crianças, não haveria uma diferença fundamental entre as oito delas que fazem uso da fala e as três que são mudas, já que em nenhuma das oito crianças ‘falantes’ a linguagem “serviu para transmitir significado aos outros”, tal como não ocorria com as crianças mudas também (Kanner, 1943, p. 243). Não havia nas crianças falantes uma dificuldade com plurais e tempos verbais, mas havia uma ausência de expressão espontânea e uma reprodução do tipo ecológica, dando origem, segundo Kanner, a um fenômeno gramatical peculiar. De acordo com o autor, “desde o início, a linguagem - que as crianças não utilizavam para fins de comunicação - era desviada, em considerável medida, para um exercício de memória autossuficiente, semanticamente e informalmente desvalorizado ou grosseiramente distorcido” (Kanner, 1943, p. 243). Por sua excelente memorização “palavras longas e incomuns foram aprendidas e retidas com facilidade notável”, mas sem algum significado específico para essas crianças, constituindo assim um conjunto sem sentido e indicando uma “incapacidade de usar a linguagem de qualquer outra forma” (Kanner, 1943, p. 243). Segundo ele, “quando as frases são finalmente formadas, elas são, por um longo tempo, principalmente repetições parecidas com papagaios de combinações de palavras ouvidas” (Kanner, 1943, p. 243). Quanto a isso, continua Kanner,

A nomeação de objetos não apresentou dificuldade; palavras longas e incomuns foram aprendidas e retidas com facilidade notável. Quase todos os pais relataram, geralmente com muito orgulho, que as crianças tinham aprendido cedo a repetir um número desordenado de orações, listas de animais, a lista de presidentes, o alfabeto para frente e para trás, até mesmo estrangeiros (Kanner, 1943, p. 243).

Acompanhamos, portanto, nas descrições realizadas no parágrafo e na citação acima, novamente o desejo de imutabilidade e de fixidez nomeados por Kanner se manifestando no uso das palavras e na sequência de eventos. Quanto a isso,

[...] o temor da mudança e da incompletude parece ser um fator importante na explicação da repetitividade monótona e da limitação resultante na variedade da atividade espontânea. Uma situação, uma performance, uma sentença não são consideradas completas se não forem feitas exatamente dos mesmos elementos que estavam presentes no momento em que a criança foi confrontada pela primeira vez com ela. Se o ingrediente mais leve é alterado ou removido, a situação total não é mais a mesma e, portanto, não é aceita como tal, ou é ressentida com impaciência ou mesmo com uma reação de profunda frustração (Kanner, 1943, p. 246).

Na linguagem do autista as palavras *eu* e *sim* estariam ausentes até o sexto ou sétimo anos de vida. O uso do *eu* daria lugar a uma inversão pronomial que teria em *Você* ou *tu* seu uso, indicando que os pronomes pessoais são repetidos da mesma maneira que ouvidos, sem mudança para se adequar à situação alterada. (Kanner, 1943, p. 244). E, ainda, o *sim* seria indicado pela repetição da própria pergunta, o que configuraria uma afirmação por repetição. “Alguém pode, se desejar, falar de ecolalia atrasada. A afirmação é indicada pela repetição literal de uma pergunta” (Kanner, 1943, p. 243). Segundo Kanner,

Não apenas as palavras, mas até a entonação é retida. Se a observação original da mãe foi feita em forma de pergunta, ela é reproduzida com a forma gramatical e a inflexão de uma questão. A repetição ‘Você está pronto para a sua sobremesa?’ significa que a criança está pronta para sua sobremesa. Há uma frase definida, não mudada para cada ocasião específica. A fixação pronominal permanece até o sexto ano de vida, quando a criança gradualmente aprende a falar de si mesma na primeira pessoa e de seu interlocutor na segunda pessoa (kanner, 1943, p. 244).

Como nos diz Kanner, “‘*sim*’ é um conceito que leva muitos anos para as crianças adquirirem. Eles são incapazes de usá-lo como um símbolo geral de assentimento” (Kanner, 1943, p. 243). Como exemplo, apresenta o caso de Donald,

Donald aprendeu a dizer “sim” quando seu pai lhe disse que o colocaria em seus ombros se dissesse “sim”. Essa palavra passou a significar apenas o desejo de ser colocada nos ombros do pai. Levou muitos meses até que ele pudesse separar a palavra “sim” desta situação específica, e demorou muito mais tempo até que ele pudesse usá-la como um termo geral de afirmação (Kanner, 1943, p. 244).

Conforme o exemplo apresentado na citação acima, à ecolalia - percebida na repetição simples de uma frase quase sempre fora do contexto - soma-se ainda a ocorrência de comportamentos repetitivos e desconexos de situações ambientais como, por exemplo, a repetição de alguma aprendizagem anterior fora do contexto atual,

indicando que tanto o aprendido quanto o significado de uma palavra torna-se inflexível e não pode ser usado com outra coisa senão a conotação originalmente adquirida (Kanner, 1943).

Acompanhamos também Kanner se referir à existência da literalidade na interpretação dos enunciados pelos autistas. Quanto a isso, o autor nos fornece o exemplo de John F., que teria corrigido a afirmação de seu pai sobre haver pinturas na parede, dizendo que as fotos estavam ‘perto da parede’. Donald T., por exemplo, a ser solicitado a colocar alguma coisa no chão, prontamente colocou-se (ele mesmo) no chão.

Vamos agora retomar os principais argumentos de Kanner que, segundo ele mesmo, permitem o estabelecimento de uma entidade nosográfica nova e distinta da esquizofrenia. A principal distinção que o psiquiatra faz do autismo em relação à esquizofrenia é quanto à precocidade na manifestação do isolamento autístico, que ocorreria desde o início da vida e que seria observada pelos pais de maneira negativa, ou seja, na ausência da manifestação esperada (Kanner, 1943, p. 248-249). Como exemplo disso, haveria uma ausência de movimentos antecipadores habituais da criança em relação ao cuidador e de movimentos de ajustamento de acomodação física para se adaptar à pessoa que a sustenta e isso desde muito pequena (Kanner, 1943, p. 248-249).

Portanto, é altamente significativo que quase todas as mães de nossos pacientes relembassem seu espanto diante do fato de as crianças não terem assumido a qualquer momento uma postura antecipatória preparatória para serem atendidas. Um pai lembrou que sua filha (Barbara) não mudou sua fisionomia nem sua posição durante anos, mesmo quando os pais, ao chegarem em casa depois de algumas horas de ausência, se aproximavam de seu berço conversando com ela e prontos para a pegarem no colo. A criança média aprende durante os primeiros meses a ajustar o corpo à postura da pessoa que o segura. Essas crianças (autistas) não puderam fazê-lo até os dois ou três anos (Kanner, 1943, p. 242).

A precocidade na manifestação do rechaço ao outro e na intenção de manutenção de um universo fixo e imutável, segundo Kanner, são parâmetros para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial. Enquanto o esquizofrênico “tenta resolver seu problema saindo de um mundo do qual ele faz parte e com o qual ele entrou em contato, essas crianças gradualmente se comprometem estendendo os mecanismos de alerta em um mundo no qual eles são totalmente estranhos desde o começo” (Kanner, p. 249). Com isso, segundo Kanner e diferentemente da esquizofrenia, o desejo básico de solidão e mesmice dessas crianças não só se manifesta muito precocemente como também permanece essencialmente inalterado.



Kanner distingue ainda o autismo da esquizofrenia em razão da capacidade das crianças autistas “de estabelecerem e manterem uma relação excelente, intencional e ‘inteligente’ com objetos que não ameacem interferir na sua solidão” (Kanner, 1943, p. 249), marcando assim um claro contraste na relação dessas crianças com os objetos e com as pessoas (Kanner, 1943, p. 227), o que não ocorreria na esquizofrenia. Neste sentido, segundo Kanner, desde o início essas crianças seriam,

[...] ansiosamente e tensamente impermeáveis a pessoas, com quem não têm nenhum tipo de afetividade direta ou contato. Se o contato com outra pessoa se torna inevitável, então um temporário relacionamento é formado com a mão ou o pé da pessoa como um objeto definitivamente destacado da própria pessoa, mas não com a própria pessoa. Todas as atividades e elocuições das crianças são governadas de forma rígida e consistente pelo poderoso desejo de solidão e mesmice (Kanner, 1943, p. 249).

Vemos na passagem acima o autor mencionar uma situação corriqueira para aqueles que se dispõem a atender crianças autistas, e que ocorre no uso particular que a criança faz do corpo do terapeuta. Com muita frequência, a criança autista se serve da mão ou do braço do clínico como se fosse uma extensão de seu próprio corpo, com o intuito de realizar algum movimento, por exemplo, pegar um brinquedo ou mexer em algum objeto. Aqui mais uma vez acompanhamos Kanner nos fornecer uma importante orientação para tornar mais suportável a essas crianças o encontro com o outro. Como ele nos diz, um relacionamento, mesmo que temporário, se faz possível quando o clínico empresta partes de seu corpo ao autista<sup>6</sup>. Emprestar não é a mesma coisa que impor seu corpo e, neste sentido, talvez possa se constituir para o sujeito autista uma relação com o clínico que lhe seja menos intrusiva.

Em seu artigo de 1943, Kanner ainda descreve algumas modificações nos modos das crianças de se inserirem no universo simbólico e de se relacionarem com seu entorno, e que ocorreram ao longo dos anos de observação. Exceto por uma das crianças que, segundo Kanner, “foi despejada em uma escola para debilitados”, os outros “mostram um curso muito interessante” (Kanner, 1943, p. 250). Segundo ele, a característica essencial apresentada permaneceu do mesmo modo, “o desejo básico de solidão e mesmice permaneceu essencialmente inalterado”, mas houve um grau variável na intensidade desta

---

6 Veremos na apresentação do caso Marie-Françoise na seção 3.3 do último capítulo que a possibilidade do autista se servir do corpo do terapeuta enquanto duplo real é uma solução encontrada pela criança para lidar com a presença invasiva do Outro. Acompanharemos as operações que tornaram possível a construção dessa proteção por Marie-Françoise no seu encontro com Rosine Lefort.

busca pela solidão com a aceitação de, pelo menos, algumas pessoas dentro da esfera de consideração da criança. Embora o contato com as pessoas tenha permanecido limitado em número, pessoas foram incluídas no mundo da criança desde que satisfizessem suas necessidades, respondendo suas perguntas obsessivas, ensinando-os a ler e a fazerem coisas. Mesmo ainda consideradas incômodas, as perguntas das pessoas eram respondidas e seus comandos obedecidos, ainda que com relutância. Porém, segundo Kanner, o que movia essas respostas era o intuito de retornar o mais breve possível à solidão desejada, o que implicava acabar logo com essas interferências (Kanner, 1943, p. 250).

Outra mudança a que se refere Kanner é quanto ao uso da linguagem. De acordo com ele, entre os 5 e 6 anos, as crianças gradualmente foram abandonando a ecolalia e aprenderam espontaneamente a usar pronomes pessoais. A linguagem se tornou mais comunicativa, a princípio no sentido de um exercício de perguntas e respostas, e posteriormente no sentido de maior espontaneidade. A habilidade de leitura foi adquirida rapidamente, embora as crianças lessem de maneira monótona. Segundo o autor, uma história ou um filme em movimento seria experimentado em porções não relacionadas e não em sua totalidade coerente.

Kanner também observou que a comida passou a ser aceita sem dificuldade e os ruídos e movimentos foram mais tolerados do que anteriormente. A repetitividade se manteve, mas assumiu a forma de preocupações obsessivas. Entre as idades de 6 e 8 anos, as crianças começaram a brincar em grupo, mesmo que não realmente com os membros do grupo, mas pelo menos, de acordo com Kanner, na periferia, ao lado do grupo. Todas essas mudanças, segundo Kanner, fizeram com que as famílias sentissem que, apesar da “diferença” reconhecidamente em relação às outras crianças, houve progresso e melhora (Kanner, 1943, p. 250).

Quanto ao tratamento, Kanner não nos apresenta nenhuma indicação específica, limitando-se à descrição dos casos, sua fenomenologia e evolução do quadro. No entanto, quanto à causa do autismo, diferentemente de Bleuler para quem a causa da esquizofrenia estava relacionada diretamente a problemas orgânicos, em Kanner, a causa não se apresentava de maneira muito clara.

[...] a solidão das crianças desde o início da vida torna difícil atribuir toda a situação exclusivamente para o tipo das primeiras relações parentais com nossos pacientes. Devemos, então, assumir que essas crianças vieram ao mundo com incapacidade inata de formar o contato afetivo usual e biologicamente fornecido com as pessoas, assim como outras crianças vêm ao mundo com deficiência física ou intelectual. Se esta suposição estiver correta, um estudo mais aprofundado das nossas crianças pode ajudar a fornecer critérios concretos sobre as noções ainda

difusas dos componentes constitucionais da reatividade emocional. Por aqui parecemos ter exemplos genuínos (pure-culture) do distúrbio autístico do contato afetivo inato” (Kanner, 1943, p. 250).

Se na passagem acima o privilégio da questão da causa parece recair sobre uma condição inata, acompanhando o artigo de Kanner nos deparamos com uma forte tendência a considerar os fatores ambientais como causas. Assim, encontramos descrições, não só das características das onze crianças, mas também, das personalidades dos pais dessas crianças, seus casamentos, trabalhos e formas de vida, orientação religiosa, além de informações quanto ao parto e momento de seu nascimento, e se eram filhos únicos ou não. Nas palavras de Kanner,

não é fácil avaliar o fato de que todos esses nossos pacientes vieram de pais altamente inteligentes. Isso é certo, que há uma grande quantidade de obsessividade no contexto familiar. [...] Um outro fato se destaca. Em todo o grupo, há muito poucos pais e mães realmente calorosos. Na maior parte, os pais, avós e colaterais são pessoas fortemente preocupadas com abstrações de natureza científica, literária ou artística, e limitada em um interesse genuíno pelas pessoas. Até mesmo alguns dos casamentos mais felizes são bastante frios e formais. Três dos casamentos foram tristes fracassos. Surge a pergunta se ou até que ponto este fato contribuiu para a condição das crianças (Kanner, 1943, p. 250).

A partir desse tipo de consideração de Kanner, a causa do autismo foi amplamente ligada à personalidade dos pais e o tipo de relações estabelecidas entre eles e a criança. Segundo Ajuriaguerra, para Kanner, “a correlação com as atitudes familiares é mais elevada e mais constante do que com a herança, a constituição somática, os distúrbios metabólicos, etc” (Ajuriaguerra, 1980, p. 669). Por conta disso é que Kanner inaugura uma grande polêmica ao associar o autismo a traços de caráter dos pais, que, segundo ele, geralmente são pais muito inteligentes e que apresentam tendências obsessivas e frequentemente pouco calorosas (Kanner, 1943).

Portanto, se por um lado o autismo estaria principalmente relacionado a aspectos afetivos, por outro ele seria uma síndrome inata. Possivelmente foi o bom nível intelectual e cognitivo das crianças por Kanner acompanhadas o que lhe permitiu tratar o autismo como efeito de um problema afetivo, e não cognitivo, ou biológico. No entanto, ao mencionar o inatismo do autismo, Kanner parece se aproximar de uma abordagem biomédica. E com isso, gostaríamos então de assinalar que a questão etiológica e, portanto, a natureza do autismo, permanecem indeterminados até hoje. Embora a hipótese do fator orgânico seja prevalente na clínica médica contemporânea, não há, no entanto até o momento, nenhuma confirmação para isso. Já no campo das terapias

comportamentais, há um grande apelo a aspectos ambientais e referidos ao contexto dos laços sociais e familiares da criança, mas, mesmo assim, prevalece também a hipótese de um fator orgânico como causa subjacente.

#### 1.4 O AUTISMO PÓS-KANNER E OS MANUAIS DIAGNÓSTICOS - DSMS

Após o trabalho de Kanner a categoria do autismo somente ganhou em polêmica e notoriedade, a partir daí suscitando todo tipo de subtipos e diferentes classificações. Segundo Ajuriaguerra (1980), por exemplo, haveria um *autismo precoce no sentido mais amplo* do que o isolado por Kanner e que se dividiria em *formas deficitárias* e *formas com distorção da personalidade*. Segundo o autor, como teria assinalado M. Rutter, em 1968, um problema de terminologia teve origem devido ao fato da palavra autismo, por um lado, ser referida a uma doença, como no uso de Kanner e, por outro lado, ser tradicionalmente referida a um sintoma, “uma classe particular de perturbações das relações interpessoais” (Ajuriaguerra, 1980, p. 674).

Segundo estudos epidemiológicos mencionados por Ajuriaguerra, o autismo continuava a ser uma doença sem etiologia definida e que não apresentaria sinais e sintomas exclusivos – seus sinais podendo ser referidos a várias doenças. Diz ele ainda, que segundo esses estudos posteriores a Kanner, várias teorias surgiram para preencher os vazios e a ignorância com respeito a etiologia, o que acarretou em diferentes critérios clínicos para a avaliação e classificação do problema (Ajuriaguerra, 1980, p. 674).

Poderíamos pensar a indistinção etiológica como uma das razões pelas quais os médicos teriam adotado este autismo em *sentido mais amplo do termo* e que comportaria *formas deficitárias* e *formas com distorção da personalidade*, como parâmetro diagnóstico. Quanto às formas deficitárias, a classificação seria em razão de avaliações da cognição em virtude do nível de Q.I e, quanto as formas com distorção da personalidade, o privilégio de avaliação seria quanto à esfera funcional da linguagem e da psicomotricidade (Ajuriaguerra, 1980, p. 676-677). Este autismo em *sentido mais amplo do termo* se refere então a casos de apresentação precoce de patologias “parecidas com o autismo” mas que não se enquadrariam estritamente na classificação de Kanner e tampouco no grupo das esquizofrenias, e mesmo assim ganharam a mesma terminologia. Isto nos indica a grande dificuldade em se compreender e principalmente classificar e avaliar o quadro de autismo desde sua origem com Bleuler. Foi Kanner mesmo quem concluiu que apenas 10% das crianças que recebia como autista de fato preenchiam os

critérios clínicos para esse diagnóstico. As que não preenchiam essa classificação eram denominadas de *tipo autista* (Ajuriaguerra, 1980, p. 674).

E assim, fomos do *Autista* ao *tipo autista* e com o DSM-V de 2014 chegamos ao *Transtorno do Espectro Autista* sem saber exatamente o que este nome vem de fato nomear na clínica psiquiátrica contemporânea. Enquanto isso, crianças vêm sendo diagnosticadas e enquadradas nos diversos sistemas classificatórios que se estabeleceram ao longo dos anos, a depender das diferentes formas de apresentação, de idade e graus de desvio em relação à uma normatização tomada como parâmetro.

Um dos exemplos dessa variedade nas formas de avaliação e classificação encontramos, por exemplo, no que concerne a Síndrome de Asperger. Um ano após o momento em que Kanner estabelecia a nosografia do autismo e o descrevia em sua forma mais precoce, Hans Asperger, desde 1944, descrevia um quadro denominado por ele de ‘psicopatia autista’ - o que viria a ser conhecido posteriormente como ‘Síndrome de Asperger’. Embora Asperger tenha insistido que os casos que descrevera diferiam dos casos de Kanner, muitos autores consideram a síndrome de Asperger uma forma mais branda do autismo infantil (Pimenta, 2014). Justamente em função da similaridade com o autismo de Kanner, foi que o DSM-V decidiu inserir a categoria da síndrome de Asperger no conjunto maior do autismo infantil. Segundo Pimenta (2014),

essa inclusão se ampara no continuum patológico proposto por Lorna Wing (1993) — por ela chamado espectro das desordens autísticas e hoje consolidado como espectro autístico —, em que a síndrome de Asperger seria o extremo mais desenvolvido do autismo infantil de Kanner (p. 03).

Interessante notarmos que, embora com a publicação do DSM V a síndrome de Asperger enquanto um diagnóstico específico tenha sido eliminada, passando a fazer parte do diagnóstico de TEA – Transtorno do Espectro Autista, não raro chegam ao consultório pacientes portando esse diagnóstico quando apresentam sintomas mais atenuados que o autismo de Kanner. Segundo Pimenta, “diagnosticar como Asperger, nos dias de hoje, é pensar em um autismo com inteligência preservada, uso da linguagem e capacidade de se relacionar com o mundo, mesmo que de maneira atípica e estranha” (Pimenta, 2014, p. 05).

Não pretendemos nos deter na descrição das características da Síndrome de Asperger, mas, cabe assinalar que, diferente do autismo de Kanner, esta síndrome teria um início menos precoce e seria marcada por um domínio maior da linguagem, sem a

ausência da fala (Ajuriaguerra, 1980, p. 666), apesar da possibilidade de sua fluência se estabelecer mais tardiamente, por volta dos três ou quatro anos de idade (Pimenta, 2014).

Segundo Pimenta (2014), as crianças acompanhadas por Asperger apresentavam um vocabulário mais extenso e um uso de palavras incomuns para sua idade, diferentemente das crianças acompanhadas por Kanner. No entanto, para a autora, o bom desempenho da comunicação verbal seria apenas aparente, pois as palavras e frases seriam utilizadas de maneira repetitiva e estereotipada e ainda acompanhadas de alterações no ritmo, na entonação, na altura e no timbre da fala (Pimenta, 2014). Este aparente bom desempenho no uso da linguagem, e acrescido de interesses que extrapolavam o esperado para sua faixa etária, seriam os responsáveis por uma superestima da inteligência dessas crianças, consideradas por vezes superdotadas (Pimenta, 2014). Haveria ainda nessas crianças a presença de contato visual, mas não de comunicação visual, o que lhes impedia de considerarem ou mesmo perceberem as expressões faciais de seus interlocutores. Segundo Pimenta (2014), “Asperger enfatizava a inteligência preservada dessas crianças, sua excelente memória, e lhes concebia um bom prognóstico” (Pimenta, p. 03). Asperger atribuiu como causa da síndrome descrita uma deficiência biológica, especialmente genética, e não especulou sobre aspectos psicodinâmicos e nem ambientais, como por exemplo o caráter dos pais, na causalidade do quadro (Asperger, 1944/1991).

Na sua primeira versão, de 1952, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM trouxe como principal característica a noção de *reação*<sup>7</sup>. Esta noção de reação se traduzia à época pela compreensão da doença mental como uma reação a problemas da vida e a situações difíceis encontradas pelos indivíduos, indicando uma forte prevalência das concepções psicogenéticas ambientalistas na compreensão das psicopatologias. A influência da psicanálise se fazia presente no manual através do uso de expressões como mecanismos de defesa, neurose e conflito neurótico. (Aguiar, 2004, p. 27-28). Não havia nesta versão o autismo enquanto categoria clínica, embora já houvesse sido nomeado por Kanner desde 1943.

O DSM II, publicado em 1968, abandonou a noção de reação e passou a enfatizar mais os aspectos da personalidade individual na compreensão do sofrimento psíquico (Aguiar, 2004, p. 27-28). Este manual manteve uma concepção psicogênica, menos

---

7 Espantoso notarmos que se a primeira classificação psiquiátrica oficial (ainda não o DSM) desenvolvida em 1840 pelo governo americano contava com apenas duas categorias clínicas; idiotismo e insanidade, o DSM V, de 2014, conta com mais de 300 transtornos.

referida ao ambiente e mais ao psiquismo individual, ao mesmo tempo que ainda refletia a influência da psicanálise na compreensão das doenças mentais. Nesta versão, segundo Maleval (2015), o autismo encontrava-se incluído na categoria esquizofrênica do tipo infantil (p. 10).

Seria somente na terceira versão do Manual, em 1980, que o autismo iria aparecer como categoria diagnóstica distinta, incluído sob o termo de distúrbio global ou profundo do desenvolvimento. Segundo Aguiar (2004), uma grande virada de paradigma ocorreu com esta versão, quando a psiquiatria biológica passou a ser dominante. Para o autor, o aparecimento desse instrumento diagnóstico (DSM III) constituiu “um corte fundamental na clínica psiquiátrica, fazendo-a funcionar de modo totalmente diferente de antes – quando a psiquiatria psicanalítica liderava o campo psiquiátrico” (p. 14). O mote de elaboração do DSM III passou a ser a busca pelo aumento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico através do uso de critérios objetivos, o que responde ao que o autor nomeia de *psiquiatria biológica*. Na próxima sessão deste capítulo abordaremos de forma mais detalhada os elementos em jogo nesta virada de paradigma e suas consequências, tal como se refere Aguiar. De todo modo cabe desde já assinalar que no lugar das discussões pelas causas através das concepções organogênicas e psicogênicas próprias da psiquiatria clássica, o DSM III adotou uma abordagem puramente descritiva dos fenômenos. No lugar de um diagnóstico que ainda incluía a relação subjetiva do encontro médico-paciente e era ainda atravessado pela influência da psicanálise (por exemplo, até o DSM II), o diagnóstico a partir do DSM III passou a ser baseado em critérios objetivos e facilmente observáveis, o que o levava a poder ser utilizado por profissionais das mais diversas orientações teóricas.

assumindo que o saber psiquiátrico não conhecia ainda as causas de muitos dos transtornos que a psiquiatria estava encarregada de estudar e oferecer tratamento, o comitê determinou que seria adotada no manual uma perspectiva descritiva e ateórica. Quando nem a etiologia nem o processo de conhecimento fossem conhecidos, a classificação dever-se-ia basear em fenômenos puramente fenomenológicos e facilmente observáveis na clínica, que seriam descritos sem fazer referência a nenhum sistema teórico específico (Aguiar, 2004, p. 29).

Neste manual o autismo foi então retirado do grupo das psicoses e se tornou a forma mais severa e grave dentro do diagnóstico do ‘Transtorno profundo (ou global) do desenvolvimento’ e relacionado diretamente com as fases do desenvolvimento (Tendlarz, 2015). Para Maleval (2015), o DSM III resolveu retirar o autismo do grupo das psicoses em razão de dois argumentos principais:



Por um lado, existem períodos de remissão e de recidiva na esquizofrenia; nada disso ocorre no autismo: trata-se de um funcionamento específico permanente. Por outro lado, nem os estudos retrospectivos sobre a infância de adultos esquizofrênicos, nem os que versavam sobre a evolução dos autistas revelaram uma relação entre esquizofrenia e autismo (p. 10).

De todo modo, ao sair do grupo das psicoses o autismo passou a ter uma relação direta com as fases do desenvolvimento. Segundo Pimenta (2003) a ideia de que haveria no autismo uma distorção grave e generalizada do processo de desenvolvimento (p. 39) teria sido um dos motivos pela retirada do autismo do campo das psicoses no DSM III. Conforme Pimenta (2003), “nos distúrbios globais do desenvolvimento, múltiplas funções encontram-se comprometidas ao mesmo tempo, como as habilidades sociais, a linguagem, a atenção, a percepção, a motricidade e o teste de realidade” (p. 38-39), sendo todas essas funções consideradas efeitos da ocorrência de problemas no desenvolvimento. Conforme argumenta a autora, o autismo sendo tomado pelo DSM como um distúrbio cognitivo-adaptativo de base orgânica e não afetivo, como proposto inicialmente por Kanner, só poderia ter como consequência sua inclusão dentre os distúrbios do desenvolvimento e dos déficits mentais (Pimenta, 2003, p. 39). De acordo com Holanda (2014), desde o final da década de 1970, já se defende a ideia de que seria preciso pensar o autismo como

[...] um *déficit* cognitivo, em geral inato e relacionado com alguma alteração cerebral. [...] O autismo seria essencialmente um problema cognitivo que afeta o desenvolvimento de modo global. (...) A ideia é de que na origem está um *déficit*, em geral inato, causando uma incapacidade de processar corretamente – perceber, interpretar e inferir – as informações que permitiriam interpretar adequadamente a interação com o outro (Holanda, 2014, p. 113).

No DSM III na sua versão revisada de 1987 o Transtorno global do desenvolvimento - TGD apareceu como dois subtipos; o autismo infantil de Kanner e o TGD não específico. E assim, com o TGD não específico, vemos no DSM a relação ‘sintoma manifesto - comportamento – desenvolvimento’, traduzido na incapacidade dos indivíduos de se adaptarem ao seu ambiente através de seus comportamentos, ampliar definitivamente o diagnóstico para além do autismo de Kanner (Tendlarz, 2015).

O DSM IV (1995) de 1994 declarou na sua Introdução que poderia servir como suporte educativo de utilidade nos ensinamentos da psicopatologia, mantendo uma perspectiva descritiva e atórica, segundo a qual, “seus usuários podem ter orientação biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, interpessoal, de sistemas

familiares” (p. XV). E com isso, essa versão vem consolidar a orientação atórica já presente no manual anterior.

Para Holanda (2014), ao declarar-se neutro quanto a etiologia, o DSM IV apresentou “uma concepção de saúde e doença pautada na normatividade do bem-estar biopsicossocial, do ajustamento ao meio” (p. 104). É o que encontramos, ainda na introdução do Manual, quando diz que a causa original deve ser considerada no momento como uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo (p. XXI). A consequência disso, segundo Holanda (2014), é que “cada clínico, partindo de sua teoria, pode identificar esse ou aquele como autista diferentemente de seu colega, ainda que ambos baseados no DSM. (Holanda, 2014, p. 104). Nesta versão, o TGD classificado na versão anterior, se dividiu em cinco subtipos; autismo infantil precoce, transtorno de Rett, transtorno desintegrativo infantil, transtorno de Asperger e o transtorno generalizado do desenvolvimento não específico.

Com o DSM V de 2014 os itens do DSM IV desaparecem sob o signo do *Transtorno do Espectro Autista - TEA* e em seu lugar apareceram as graduações leve, moderado ou grave –

O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (Apa, 2014, p. 53).

Os critérios para o diagnóstico do TEA são:

O transtorno do espectro autista caracteriza-se por *déficits* persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo *déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos*. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a *presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades* (p. 33).

E, conforme estabelece o próprio DSM V (Apa, 2014),

Considerando que *os sintomas mudam com o desenvolvimento, podendo ser mascarados por mecanismos compensatórios, os critérios diagnósticos podem ser preenchidos com base em informações retrospectivas*, embora a apresentação atual deva causar prejuízo significativo (p. 32)

E, ainda, conforme esta mesma concepção atórica e descritivista;

[...] características diagnósticas nucleares estão evidentes no período do desenvolvimento, mas intervenções, compensações e apoio atual podem mascarar as dificuldades, pelo menos em alguns contextos. *Manifestações do transtorno*

*também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro (p. 33).*

Por conta da definição de transtorno que acompanha o espectro do autismo é que o próprio manual informa que

*[...] a apresentação clínica inclui sintomas tanto de excesso quanto de déficits e atrasos em atingir os marcos esperados. Por exemplo, o transtorno do espectro autista somente é diagnosticado quando os déficits característicos de comunicação social são acompanhados por comportamentos excessivamente repetitivos, interesses restritos e insistência nas mesmas coisas (Apa, 2014, p. 32).*

Estabelecido dentro do grupo dos ‘transtornos do neurodesenvolvimento’, o TEA é descrito pelo DSM pela sua apresentação precoce, logo no início do desenvolvimento, e se caracteriza

*por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência. É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento; por exemplo, indivíduos com transtorno do espectro autista frequentemente apresentam deficiência intelectual [...] (Apa, 2014, p. 31)*

Está aí o grande diagnóstico das patologias da infância na sua última versão. Com a categoria Transtorno do Espectro Autista no DSM V, facilmente podemos perceber a ampliação de uma categoria mal definida, sem etiologia específica, e que torna possível, por isso mesmo, que as mais variadas apresentações da criança sejam diagnosticadas como um transtorno do desenvolvimento a depender do parâmetro clínico usado para avaliação.

Segundo Aguiar (2004), o “DSM não pode ser compreendido na sua interioridade, nas suas profundezas. Não existe nada a ser interpretado no DSM, nenhum segredo escondido a ser revelado de suas entranhas – ele funciona justamente abolindo toda a interioridade e profundidade” (p. 15). É fácil percebermos isso que nos diz Aguiar pela simples leitura do Manual, o que inclusive se torna ainda mais evidente se o comparamos com as apresentações do autismo feitas tanto por Bleuler quanto por Kanner. Para Elia (2014), o DSM se transformou “em um catálogo de transtornos mentais apresentados sob a forma de mera descrição sem qualquer envergadura explicativa, teórica e, portanto, desprovida de qualquer dimensão científica” (p. 20). Assim, segundo esses dois autores, não podemos tentar compreender o DSM senão de maneira superficial, tal como ele próprio se apresenta, e certamente na medida mesma em que este instrumento abandona

a querela histórica sobre a origem dos transtornos mentais. Lembremos que principalmente em Bleuler, mas também em Kanner, havia não só uma discussão teórica sobre os fatores causais do autismo, como também uma tentativa de compreender o que sustentava o quadro, quais seus efeitos, as condições de sua manutenção, a relação do quadro com o próprio tratamento e sua evolução, para dar alguns exemplos.

No entanto, a partir dos anos 1980, esses debates teóricos perderam destaque para uma concepção biológica e desenvolvimentista. Com a classificação dos manuais diagnósticos e com o predomínio de uma psiquiatria biológica<sup>8</sup>, ganharam importância as teorias que atribuem as causas do autismo a falhas no desenvolvimento e a um déficit no campo da cognição em razão de fatores genéticos - o que ignora sobremaneira a própria descrição original de Kanner e seus questionamentos quanto à etiologia. De acordo com Pimenta (2003), “O DSM é o modelo nosográfico de como o autismo foi se transformando, na concepção médica, de um distúrbio afetivo para um distúrbio adaptativo” (p. 38). E, com isso, no atual DSM-V (Apa, 2014), o espectro do autismo se tornou um enorme guarda-chuva classificatório das mais diversas manifestações e dificuldades da infância no que concerne o laço social, entretanto, tomadas sob a égide da adequação ou não a um padrão de normalidade.

Uma vez traçado esse panorama, que nos permite uma certa visibilidade com respeito ao diagnóstico de autismo atualmente, nos perguntamos: como passamos de uma síndrome extremamente rara na época de Kanner para uma verdadeira epidemia diagnóstica com o atual DSM V, como assinalam tantos autores? (Tendlarz 2015, Maleval 2015, Laurent 2014). A partir desse questionamento, na próxima seção, abordaremos de maneira mais ampla esse diagnóstico na sua relação com a psiquiatria contemporânea e os efeitos desta associação para o tratamento desses sujeitos.

## 1.5 A PSIQUIATRIA CONTEMPORÂNEA E AS CONSEQUÊNCIAS PARA O TRATAMENTO NO AUTISMO: ENTRE A MEDICALIZAÇÃO E O CONTROLE DO COMPORTAMENTO

Embora a construção do autismo enquanto categoria clínica seja costumeiramente referida à Kanner, desde o século XVII existem registros médicos de crianças que talvez tenham sido autistas. Segundo Tendlarz (2015), mesmo que não seja possível ter certeza

---

8 Veremos na próxima seção o que estamos chamando de psiquiatria biológica.

deste diagnóstico, há na literatura diversas descrições de casos clínicos com sintomatologia similar à que descreveu Kanner<sup>9</sup> (p. 09). No entanto, conforme assinala a autora, é no século XXI que presenciamos a seu respeito uma verdadeira *epidemia diagnóstica* (Tendlarz, 2015, p. 09).

No que diz respeito a infância especificamente, a prática classificatória do DSM tem gerado um aumento exponencial no número de crianças diagnosticadas com algum transtorno clínico. Segundo Laurent (2014), “em dez anos, o número de crianças que entraram em categorias psicopatológicas aumentou 35 vezes!” (p. 66). Com relação ao diagnóstico do autismo, Laurent nos informa que “o tal espectro dos autismos se ampliou tanto que a quantidade de sujeitos supostamente afetados se multiplicou por dez em apenas vinte anos, até atingir a frequência de uma criança em cada cem” (Laurent, 2014, p. 65). Segundo dados do CDC (Center of Diseases Control and Prevention), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos, existe hoje um caso de autismo a cada 110 pessoas. Dessa forma, estima-se que o Brasil, com seus 200 milhões de habitantes, possua cerca de 2 milhões de autistas. Estimativas apontam para mais de 300 mil ocorrências só no Estado de São Paulo<sup>10</sup>. De acordo com Laurent (2014), “se incluirmos nesse espectro aqueles ditos ‘não especificados’, esse número cresce ainda mais” (p. 65).

O diagnóstico de autismo, inicialmente bastante raro, passou a ser mais frequentemente encontrado a partir do fim dos anos 1960, quando se tornou, de acordo com Laurent (2014), o diagnóstico preferencial em detrimento do diagnóstico das psicoses infantis. Conforme pesquisa desse autor, uma das razões para esta preferência estaria associada à pressão por parte dos próprios pais de autistas por este diagnóstico. Segundo Laurent (2014), o estatuto de deficiência do autismo, diferente do estatuto de doença atrelado à psicose, permitia aos pais reivindicarem alguns direitos junto aos serviços públicos, entre os quais o acesso a instituições de educação especializada (Laurent, 2014, p. 27). E assim, enquanto a psicose ficava bastante atrelada à concepção de tratamento em manicômios e sanatórios, o autismo ganhou outro estatuto ao se consolidar ligado a educação. De fato, a partir dos anos 1960 houve um período de surgimento e difusão de estratégias educacionais e comportamentais dirigidas aos autistas. (Laurent, 2014).

---

9 A descrição resumida destes casos encontra-se em Tendlarz, 2015, p. 09-10.

10 Para acompanhar esses dados ver: <http://www.usp.br/espacoaberto/?materia=um-retrato-do-autismo-no-brasil>.

Muito embora desde seus primórdios a psiquiatria infantil esteja vinculada à pedagogia e às medidas educativas (Cirino, 2001), é importante assinalar que é somente a partir de sua reafirmação enquanto especialidade – isto é, separada da psiquiatria do adulto e da pediatria -, na década de 1930, que ela passou em definitivo a se ocupar não apenas de compreender e tratar a criança com ‘distúrbios mentais’, mas em conhecer a dinâmica da evolução de seu organismo com o intuito de assegurar o desenvolvimento de um adulto saudável (Ajuriaguerra, 1980, p. 04). Neste sentido,

“a característica da pedopsiquiatria é ser uma psicopatologia genética que se ocupa do desenvolvimento e dos distúrbios e que, conhecendo a gênese das funções e sua evolução no tempo, dá-se conta do valor das possibilidades da criança em cada etapa de sua evolução e tende a compreender as diversas fases desta cronologia em função do relacionamento organismo-meio” (Ajuriaguerra, 1980, p. 05).

Percebemos desde aí que a educação ocupa o lugar de um interlocutor privilegiado da psiquiatria infantil, considerada capaz de auxiliar na distinção entre a boa e a má evolução das capacidades da criança, conforme seu desenvolvimento etário e de acordo com as exigências do meio ambiente. Ou seja, saber como o desenvolvimento da criança acontece em vias de normalidade é um dos passos no sentido de prevenir o desvio da norma através da educação e da observação precoce. De fato, segundo Cirino (2001), no século XX, o movimento de Higiene Mental fomentou a ideia de que a doença mental poderia ser, tal como as doenças físicas, objeto de medidas profiláticas. “Se era possível tomar medidas para evitar a varíola e a tuberculose, também se poderia encontrar uma maneira de prevenir a insanidade e o crime. Assim, à higiene corporal e à higiene pública somava-se, agora, a higiene mental” (Cirino, 2001, p. 71). Segundo o autor, a concepção de prevenção da insanidade e da delinquência gerou um movimento de pedagogização que levava a crer que com a observação e consequente intervenção nos primeiros comportamentos desviantes surgidos na infância seria possível compreender e prevenir os transtornos nos adultos através de um processo educacional e psiquiátrico (Cirino, 2001).

Para Holanda, a “consequência imediata disso é que o autismo seria uma deficiência da mente, concernindo mais à educação, com seus métodos especiais, do que à clínica” (Holanda, 2014, p. 114). Com essa configuração, não é difícil percebermos que o discurso psiquiátrico permeia o vocabulário social tanto quanto se ocupa do campo das próprias relações sociais. O desempenho social, o desempenho educacional e o

desenvolvimento baseado em faixas etárias se constituem como objetos privilegiados da psiquiatria, especialmente da psiquiatria infantil (Cirino, 2001).

Com isso e embora a psiquiatria infantil tenha passando a se constituir como uma abordagem específica, ela se transforma e evolui historicamente, entretanto, atrelada à psiquiatria do adulto e segundo os mesmos parâmetros que aqueles da medicina em geral, mas com o ‘privilegio’ de ser a disciplina capaz de garantir um adulto psiquicamente saudável. Eis aí o terreno fértil para a observação precoce das crianças! É fato que há cada vez mais procura por consultas no consultório para crianças na mais tenra idade. Seja pelos dados estatísticos, seja pela experiência no consultório, devemos considerar que o aumento no aparecimento de diagnósticos de casos de autismo, entretanto, é real. O que estaria por trás deste aumento no volume de diagnósticos?

A difusão desde diagnóstico faz com que os pais estejam mais atentos aos sintomas a partir dos quais esse diagnóstico se estabelece. A premissa de que é melhor se obter o diagnóstico o quanto antes apressa os pais a obter um diagnóstico por medo de deixar seus filhos em uma posição irremediável (Tendlarz, 2015, p. 12).

Certamente o temor dos pais quanto a possibilidade de que seu filho seja autista tem na observação precoce uma aliada e ambos comparecem como fatores capazes de justificar, ao menos em parte, a busca por consultas para crianças logo no início da vida. No entanto, isso ainda não é suficiente para compreendermos as razões dessa verdadeira *epidemia autista*. Não nos esqueçamos também que a psiquiatria infantil é o ponto de partida para o ‘futuro’ adulto saudável.

Para autores oriundos da psicanálise como Eric Laurent (2014) e Silvia Tendlarz (2015), essa profusão no número de diagnósticos é solidária da ampliação dos próprios critérios diagnósticos, a qual manifesta esta captura ideológica da infância. Efetivamente, não é difícil percebermos o quanto a ampliação dos parâmetros diagnósticos vem acompanhada por um forte incremento em sua inexatidão. Como exemplo, basta consultarmos o atual DSM-V (Apa, 2014) e veremos que os critérios para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista -*TEA* são altamente objetivista ao mesmo tempo que inexatos: a) o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social; b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; c) devendo para tanto que estes sintomas estejam presentes desde o início da infância e que limitem ou prejudiquem o funcionamento diário (p. 50).

Para Maleval (2015), este “autismo generalizado”, decorre do fato da *imutabilidade* - tal como descreveu Kanner - estar fortemente apagada nos manuais



diagnósticos, tornando possível “um diagnóstico de autismo na ausência de imutabilidade (...) excluindo assim a descoberta de Kanner de uma de suas contribuições mais preciosas” (p. 07). Com isso o autor nos remete a uma das situações mais corriqueiras vividas atualmente no consultório e que diz respeito ao grande número de crianças que nos chegam portando o diagnóstico de TEA nos seus mais variados graus e sem nenhum critério específico que de fato justificasse tal inclusão. Neste sentido, não só há uma indiferenciação com respeito à esquizofrenia, como com respeito à própria neurose, à própria infância e suas dificuldades inerentes.

Acompanhando a descrição desses critérios no DSM -V e uma vez associados à observação precoce, nos permitimos inferir que a epidemia diagnóstica tenha uma relação muito forte com a difusão social e cultural do autismo alavancada pela imprecisão dos critérios clínicos presentes no DSM, onde tais critérios permitem a inclusão dos mais diversos fenômenos presentes na infância. Segundo Laia e Aguiar (2017), no DSM V

“os *transtornos mentais* passam a ser apresentados numa cronologia que vai da mais tenra infância até as últimas etapas da vida, ou seja, para cada parte da existência, temos *transtornos mentais* que lhe são específicos. Assim, um *transtorno mental* passa a ser mais uma norma do que uma exceção [...]” (p. 25-26, grifo do autor).

O que os autores nos apontam acima é que uma vez o *transtorno* sendo ‘mais uma norma do que a exceção’, o efeito é a normatização dos sujeitos submetidos a essa classificação. Assim, para Tendlarz (2015), a partir do momento que adotamos os parâmetros descritivos do DSM “todos podem ser mais ou menos autistas dentro do espectro autista” (p. 11). Neste sentido, é extremamente necessário, enquanto psicanalistas, separarmos, tal como sugere ainda Tendlarz (2015), o *autismo* enquanto significante-mestre, que vem nomear a expressão sintomática de uma quebra de laço com o Outro em uma época caracterizada pelo incremento do individualismo e que se expressaria sobretudo na infância, do *Autismo* enquanto diagnóstico clínico específico (p. 09)<sup>11</sup>. Por conta das condições sociais de produção do laço social na contemporaneidade, tal como se referia Tendlarz, é que o termo *autismo* hoje vem nomear sintomas referidos às dificuldades dos indivíduos no trato social em geral, especialmente na infância, de

---

<sup>11</sup> É interessante notarmos nesse comentário de Tendlarz o quanto a psicanálise retoma e renova o velho problema médico-psiquiátrico do autismo entre sintoma e uma doença específica. Enquanto para Bleuler o autismo era um sintoma da Esquizofrenia, para Kanner o Autismo – aqui escrito com letra maiúscula – não é apenas um sintoma de uma patologia, mas uma doença específica. A oposição sintoma-doença é retomada e transformada na psicanálise naquela da oposição fenômeno-estrutura.

maneira corriqueira e sem obedecer a nenhum critério teórico explícito. Como nos diz Holanda (2014),

Observa-se na atualidade um movimento de popularização do autismo, que o faz ter forte presença na vida social; um processo de externalização, ou seja, tentativa de inscrever o autismo no corpo (cérebro, genes), a partir de um deslocamento da psicopatologia para um problema cognitivo-cerebral, ainda que sustentado por mera crença; e a formação de comunidades baseadas na filiação a uma suposta condição biológica comum (Holanda, 2014, p. 104-105).

Assim, se por um lado o autismo se inscreve no próprio discurso social, por outro, o que fica implícito é a forte compatibilidade entre o papel ideológico da difusão social do discurso psiquiátrico e seu acelerado processo de medicalização, no qual o autismo passa a ser compreendido como uma condição biológica, genética - mesmo que não haja nenhuma comprovação para isso. A este respeito, a apreciação do problema por Calazans e Resende (2013) não poderia ser mais clara:

Podemos, então, concluir que os manuais estatísticos e descritivos, longe de serem somente um esforço de objetividade, eles são, antes de tudo, um libelo a favor de uma determinada ética: a afirmação do que Lacan chamou de discurso do capitalista, em que todos devem se submeter a uma ordem de produção. Quem não se submete a essa ordem, pode ser considerado um transtorno. No desejo de sustentar essa ordem, ignoram o sentido do problema do sofrimento psíquico, o dia a dia da clínica e os procedimentos de diagnóstico clássico. Ignoram deliberadamente, e o surgimento cada vez maior de novos transtornos demonstra que o sujeito, de um modo ou de outro, responde a essa operação de fechar a porta ao sujeito. E uma das maneiras de fechar essa porta é ignorar a história da psicopatologia, evitar o debate em torno da etiologia [...]. É por essa razão que afirmamos que um dos objetivos desses manuais é tão somente calar todo e qualquer discurso que pretenda dar lugar ao sujeito, principalmente a psicanálise (p. 167-168).

Neste sentido, “a saúde mental teria muito pouco a ver com o mental e com a saúde, mantendo antes relação com o Outro do controle e com o silêncio, uma vez que a definição mais clássica da saúde é o *silêncio dos órgãos*” (Cirino, 2001, p. 74). É isto mesmo o que notam Calazans e Martins (2007), a respeito da acepção de transtorno presente no DSM-V:

1) o transtorno é uma perturbação da ordem a ser seguida; 2) se há uma ordem a ser seguida, há a necessidade de adaptar-se a essa ordem; 3) o transtornado é alguém que sofre de um déficit de competências em relação aos outros sujeitos que se adaptaram a essa ordem” (p. 144).

De fato, acompanhamos desde o DSM III, segundo Tendlarz, a clínica médica utilizando a noção de transtorno na infância para marcar o desvio em relação a uma norma

comum no que concerne a aquisição de aptidões cognitivas, linguísticas motoras e sociais (2015, p. 25).

Reconhecemos assim que a dificuldade de realizar distinções diagnósticas na psiquiatria contemporânea, entre o que é pertinente em termos clínicos (Aguiar, 2004) e o que é a expressão de um modo de produção social é, por um lado, resultado dos próprios critérios de diagnóstico estabelecidos pelo DSM mas, por outro, diz respeito àquilo que Aguiar (2004) chama de elementos *extraclínicos*. Ou seja, saberes “(...) que não costumam estar delimitados dentro do ‘campo da clínica’, como por exemplo, a produção de medicamentos” (Aguiar, 2004, p. 15) e, que, neste sentido, assinalam os componentes ideológicos de uma medicalização brutal do campo dos tratamentos do mal-estar subjetivo. Dessa maneira, para compreendermos as condições de crescimento do diagnóstico de autismo é preciso circunscrevermos como a psiquiatria contemporânea funciona na sua correlação com o DSM e a indissociabilidade entre a clínica e os processos sócio-políticos e econômicos que a constituem. Segundo Aguiar (2004),

A psiquiatria contemporânea não deve ser vista como o resultado final de um longo processo de evolução do conhecimento científico, que viria finalmente superar antigas concepções, entendidas como ‘ultrapassadas’. É preciso analisar essa psiquiatria perguntando não *o que ela é* (qual sua verdade oculta), mas sim investigando e analisando *como ela* funciona. Que relações de forças a fazem emergir? Com que dispositivos ela se conecta? Que efeitos emergem de seu funcionamento? Que novas realidades e subjetividades ela engendra? Que mundo a criou e que novos mundos ela fabrica por sua vez? (Aguiar, 2004, p. 13)

É interessante olharmos mais detidamente para este processo de medicalização radical da esfera do mal-estar subjetivo e, em particular, sobre a maneira segundo a qual tal medicalização incide sobre a questão da patologia infantil para, especificadamente, entender como isso se aplica igualmente sobre o autismo. Assim, tal como assinala Aguiar (2004), no interior deste mesmo período que vai desde o isolamento da categoria diagnóstica do autismo por Kanner (1943) até os dias de hoje, a psiquiatria passou por uma grande transformação, seguindo aí as transformações da medicina. Se na década de 1950 a psiquiatria era “simbolizada pela ‘loucura’ e pelos ‘manicômios’, a psiquiatria contemporânea abrange um campo de atuação bem mais vasto, cobrindo um espectro que vai da esquizofrenia ao aprimoramento das performances cotidianas dos indivíduos” (Aguiar, 2004, p. 10).

De acordo com o autor, se desejamos compreender o funcionamento da psiquiatria contemporânea devemos acompanhar a evolução da própria medicina e lembrar e a isso acrescentar que a psiquiatria infantil obedece à mesma lógica. Segundo Aguiar, antes do

século XVIII tínhamos uma medicina quase exclusivamente baseada na narrativa do paciente acerca de seus sintomas. Este modelo, que se ancorava na relação médico-paciente, sofre mudanças a partir do século XIX quando a medicina atravessa uma crescente instrumentalização na sua prática com o desenvolvimento tecnológico. Por conta disso se tornou possível aos médicos apoiarem sua prática em marcadores biológicos que lhes possibilitou não só “ver” a doença, mas também dispensar a narrativa do próprio paciente quanto a sua enfermidade (Cirino, 2001; Aguiar, 2004). No entanto, enquanto a medicina em geral caminha bem servindo-se desses marcadores biológicos, através de exames e de ultrassons por exemplo,

[...] na psiquiatria, [em particular] esse modelo não funciona perfeitamente. Os instrumentos diagnósticos são todos fundados sobre o interrogatório e a observação dos doentes. O ato diagnóstico depende sempre da avaliação subjetiva do médico e do paciente. *Não há marcador biológico que permita o diagnóstico preciso de um transtorno mental, nem no nível de uma determinação causal, e tampouco no de uma correlação entre marcadores biológicos.* Não há sinal biológico que seja específico de determinado transtorno mental, o que impossibilita o diagnóstico por exames complementares (Aguiar, 2004, p. 75. grifo nosso)

No entanto, embora, como nos disse o autor, na psiquiatria esta instrumentalização não seja verdadeiramente eficaz, nela encontramos a mesma adoção deste discurso científico objetivista que atravessa a medicina em geral, “um discurso de medicalização do psíquico, cuja equivocada pretensão é tratar problemas éticos como se fossem orgânicos”, como assinalam Lustoza e Calazans (2008, p. 126). É por conta desta postura que, segundo Aguiar, surge a nomeada psiquiatria biológica a partir da década de 1980 como uma forma de se opor ao modelo psiquiátrico até então dominante - baseado na narrativa do paciente na relação com o médico. De acordo com o autor, o que acontece é “um deslocamento conceitual, em que a ênfase no processo de adoecimento e a sua relação com a história de vida singular do sujeito passa a ser substituída por uma abordagem que prioriza a investigação objetiva de doenças específicas” (Aguiar, 2004, p. 22).

Com respeito ao tema que nos interessa, isso gera, por um lado, uma busca por marcadores biológicos no autismo e uma desvalorização da relação terapêutica em prol da promessa de explicação da subjetividade humana através do deciframento do organismo e seu cérebro (Aguiar, 2004; Laurent, 2014). Por outro lado, segundo Laurent (2014), isso gera também uma supressão dos debates psicopatológicos, surgindo em seu lugar uma lista de síndromes com critérios empiricamente observáveis, ocasionando uma

pulverização das categorias anteriores (p. 64). Se o processo de medicalização radical incide sobre a psiquiatria em geral, o mesmo ocorre obviamente quando é o autismo a entidade a ser abordada. E, assim, segundo Lustoza e Calazans (2008),

O processo de medicalização se caracteriza pela consideração de todo e qualquer problema como sendo um problema médico e, portanto, passível de ser reduzido a uma causa orgânica e a um tratamento medicamentoso. Esse procedimento está na raiz do programa de objetivação da psicopatologia, que visa abordá-la como síndrome, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que se constituem à revelia da fala do sujeito (p. 12).

No entanto, considerando que não há até o momento marcador biológico específico para o autismo que permita a aplicação de um diagnóstico como nas doenças somáticas em geral e, embora Kanner nunca tenha afirmado o autismo como uma patologia do organismo, segundo Alberti e Beteille (2014),

*a inabilidade inata* que Kanner identificou em suas crianças, abriu margem para que se pensasse em uma origem possivelmente orgânica para o autismo, o que levou a um grande investimento no desenvolvimento de fármacos visando a uma melhora na atenção e na socialização dessas crianças (p. 64, grifo do autor).

Com isso, vemos na citação acima que o fracasso na busca por um marcador biológico no autismo teve paradoxalmente como consequência a reafirmação do encontro entre a medicalização e a avaliação do desempenho social como parâmetro para o tratamento. A partir daí, na falta de um marcador biológico, a medicalização da infância se contenta em avaliar a ação do medicamento sobre o comportamento, sobre o desempenho social dessas crianças. Neste sentido, “o diagnóstico é paradoxalmente, definido pelo tratamento, a partir da busca da ‘resposta-padrão’ à administração de uma substância química” (Cirino, 2001, p. 92).

Além disso, o abandono do debate entre os diferentes modelos teóricos responsáveis pela evolução da psiquiatria gerou um efeito curioso na contemporaneidade, segundo Zenoni (1991). O autor constata que atualmente quando as pesquisas que têm como objetivo validar seja uma hipótese biológica (inata) seja uma hipótese psicogenética - relacionadas no exemplo de Zenoni ao meio ambiente materno<sup>12</sup> - chegam a resultados negativos, ou seja, quando não se comprova nem uma nem outra hipótese, “por uma espécie de pirueta lógica esta não-confirmação se transforma em sua confirmação” (Zenoni, 1991):

---

12 “Seja da depressão da mãe, de uma ausência ou de um excesso de reações maternas, de uma frustração prolongada, de um parto difícil, etc” (Zenoni, 1991, s/pagina)

[...] portanto: não é uma nem outra. Mas, por um toque de varinha de condão, este *nem um nem outro* transforma-se em *um e outro*. Se o fenômeno não tem nem uma origem orgânica nem uma origem no meio ambiente, conclui-se que ele tem as duas origens ao mesmo tempo” (s/página, grifo do autor).

Este *passage de mágica*, que se traduz na *supressão dos debates psicopatológicos*, tal como se refere Laurent e, conforme os argumentos de Zenoni (1991), leva a uma “*tendência ao pluralismo teórico*, [ocasionando uma] *aparente tolerância teórica* [que] dá lugar a uma separação entre o plano dos fenômenos clínicos, considerado obrigatório, e o plano do *modelo* explicativo, considerado como não-obrigatório” (Zenoni, 1991, s/página, grifo nosso).

Esta correlação de fatores gera assim, na psiquiatria atual, segundo Cirino (2001), a ideologia de um ‘cérebro sem sujeito’ (2001, p. 92), que se apoia na “maquinaria do DSM [e se torna assim] uma disciplina estritamente biológica centrada no corpo reduzido ao organismo” (Laurent, 2014, p. 64). Eis aí nossa situação atual, a qual legitima desse modo uma psiquiatria baseada sobretudo em dados empíricos e experimentais adequada às metodologias de pesquisa utilizadas nas ciências biológicas (Aguiar, 2004) no interior de um horizonte intelectual sensivelmente empobrecido. “O caminho é o da medicalização da psiquiatria” (Cirino, 2001, p. 92).

Em resumo, a psiquiatria contemporânea rompe com a psiquiatria clássica apresentando-se como um modelo que busca em marcadores biológicos as bases de seu fundamento e não mais nas teorias psicopatológicas e seus debates. Nesta configuração o DSM, por exemplo, se constitui como a referência hegemônica de catalogação dos transtornos psiquiátricos no mundo e a medicalização vem substituir a relação médico-paciente com o intuito de controlar os sintomas clínicos, desconsiderando a relação que o sujeito tem com seu próprio sintoma. Este raciocínio diagnóstico que apaga a subjetividade ao conjugar supostos fatores causais, biológicos e/ou ambientais com o uso de medicamentos encontra nas terapias comportamentais adaptativas seus aliados.

Em um esquema como este, a transtornalização produzida pelo DSM é peça conveniente: nada mais solidário com um esquema explicativo que não quer e nem pode explicar nada, mas apenas associar um fator supostamente causal, neurobiológico, inespecífico e obscuro, com fatores comportamentais de reforço de competências e respostas supostamente adaptativas, do que um transtorno meramente descritivo (Elia, 2014, p. 20).

Assim, se no campo da prática classificatória do DSM temos a inflação do diagnóstico médico, no campo das terapias encontramos seu correlato naquilo que se constitui em uma profusão de técnicas que procuram todas, entretanto, uma mesma



adequação do comportamento anormal, desviante, a uma normalidade. E, nisso, como assinala Calazans e Lustoza (2008),

é fundamental para o projeto medicalizante fazer uma aliança com as conquistas da biologia – fisiologia, genética e neurociências; entrando então em cena o seu segundo pressuposto teórico, a saber, o cientificismo, que seria a crença de que as ciências naturais poderiam fornecer uma orientação ética para o devir humano em geral. Nesse contexto ganha espaço a via cognitivo-comportamental, por ser uma psicoterapia que promete uma abordagem objetiva e naturalizante do homem (p. 126).

Uma avaliação que é compartilhada por Eric Laurent (2014), para quem a prática classificatória do DSM gerencia não só a prática médica, mas também e sobretudo as terapias comportamentais. Quanto a isso nos diz Calazans e Martins (2007), “ou seja, a definição do autismo como um transtorno vem junto à afirmação de que o fim terapêutico é a adaptação do sujeito a normas sociais” (p. 149). É isto também o que nos apresenta Pimenta (2003),

Se as crianças autistas não conseguem estruturar o mundo de uma maneira adequada, a terapia pedagógica pretende transmitir-lhes essa estruturação, através de pequenas etapas que se sucedem umas às outras, dentro de um programa educativo compensatório. Seu objetivo é o de estimular permanentemente o autista, não permitindo que ele se isole e se volte para suas estereotipias, o que ocasionaria o atrofiamento ainda maior de seu sistema cognitivo (Pimenta, 2003, p. 50-51).

As justificativas para essas terapias baseiam-se em uma relação de causa e efeito, na medida em que a extinção de comportamentos inadequados ou a realização de outros apropriados seria o resultado da aplicação de um método que se utiliza de recompensas e punições passíveis de ser medido, catalogado, observado ou mesmo testado em animais. Segundo Cirino (2001), essa concepção terapêutica se baseia no espírito funcionalista americano que compreende o psiquismo como uma “função – função de mediação entre o organismo e o meio – tendo em vista a tarefa de adaptação ao ambiente” (Cirino, 2001, p. 89). Nesta perspectiva, o foco terapêutico seria a aprendizagem capaz de restituir a normalidade à parcela suposta deficitária da existência do sujeito. Quanto a esse respeito, Calazans e Lustoza (2008) nos chamam a atenção;

Note-se ainda que o conceito de adaptação, originário da biologia, foi aqui exportado para outro contexto e integrado a uma nova rede conceitual. Um deslizamento de sentido se opera, então, quando a terapia comportamental passa a empregar a noção de adaptação, não mais em relação a um meio natural, mas sim social. (...) Isso pois seria apressado assimilar o meio social ao meio natural, no mínimo porque uma regra social não tem o mesmo caráter factício de uma lei natural” (Calazans & Lustoza 2008, p. 127).



E, em um acordo explícito com tal visada, segundo Pimenta (2003), a maioria dos profissionais do comportamento que trabalham com autismo indicam que a criança autista deve ser tratada

[...] intensivamente, várias horas por dia, todos os dias. A filosofia dessa terapêutica resume-se em: quanto mais estímulo, melhor. Os profissionais também estão de acordo quanto à idade em que se deve iniciar o tratamento do autismo. Quanto mais precocemente diagnosticarem o autismo, melhores respostas obterão às suas intervenções, pois sabe-se que o cérebro é particularmente maleável à aquisição de aptidões de comunicação nos cinco primeiros anos de vida, quando a rede de neurônios cerebrais do sistema cognitivo desenvolve-se mais aceleradamente (2003, p. 50).

Assim, para Calazans e Martins (2007), isso está explícito no programa TEACCH - *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*, (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits relacionados com a comunicação) – uma das principais técnicas educativas utilizadas no tratamento dos sujeitos autistas. Segundo o criador do programa, Eric Schopler (1980), citado por Calazans e Martins (2007), “a etiologia do autismo é uma disfunção biológica de causa desconhecida que provoca *déficits* cognitivos” (p. 149). Por conta dessa orientação, e segundo os autores, é que a principal meta do programa é a “adaptação dos indivíduos, seja através do desenvolvimento de atividades estruturadas, seja através da modificação do ambiente para adequá-los às suas dificuldades, por meio do estabelecimento de uma rotina rígida” (Calazans e Martins, 2007, p. 149).

De fato, encontramos no trabalho de mestrado de Pimenta (2003) que um dos principais princípios norteadores do trabalho comportamental com o autista são a estruturação do ambiente, no qual toda situação apresentada deve ser determinada e tanto a sequência dos eventos quanto o tempo de duração devem ser preestabelecidos. Além da estruturação do ambiente e das tarefas claramente definidas, a autora ainda nos diz que a participação dos pais como co-terapeutas dos filhos é fundamental, “à medida que não somente colaboram no conhecimento de seu filho e na elaboração de um programa individual a ele destinado, como aplicam as atividades TEACCH no ambiente de casa” (Pimenta, 2003, p.55). Tendlarz (2007), quanto ao programa TEACCH irá nos dizer:

Esta perspectiva é uma encarnação viva do discurso do mestre, posto que desde um critério puramente ideológico se elegem as aptidões mais uteis e se programa as crianças para que se adaptem a um sistema de significações determinado. O sujeito fica elidido, e aquele que seria o singular, o que poderia se tornar a marca de sua singularidade, se apaga sob a aquisição estereotipada de certas condutas. Esta posição traduz uma herança psiquiátrica na qual a marca é sob o déficit; neste

caso, o chamado mental, e os comportamentos socialmente utilizados tentam suprimi-lo. (Tendlarz, 2007, p. 119).

Nesta passagem vemos que Tendlarz realiza uma crítica ao discurso do mestre moderno, no qual é o saber universalizado sob a forma de um protocolo de conduta o que viria ocupar o lugar do agente. Um saber que se pretende desvinculado do sujeito que o enuncia (clínico) e sem correspondência ao sujeito a que se destina (paciente), o que por consequência apaga toda forma de singularidade ou de enunciação. É neste sentido que a terapia cognitivo-comportamental tem como meta, a partir de um parâmetro de ordem, a adaptação do sujeito e não a sua interrogação sobre sua posição subjetiva (Calazans & Martins, 2007, p. 147). Ou seja, ao adotar esta postura, toma-se por um viés objetivo questões que são de ordem subjetiva, excluindo a participação do sujeito em seu próprio destino. De acordo com Pimenta,

Vê-se, na concepção prévia que a terapia educativa faz do autista, a ênfase dada ao *déficit* — nesse caso, o mental — e a tentativa de superá-lo, através do treinamento de comportamentos socialmente adaptados. A escolha das aptidões da criança, que serão desenvolvidas nos programas educativos, é feita pelos educadores, mediante uma parceria com os pais. O critério utilizado é puramente ideológico e adaptativo, tomando-se as particularidades da criança unicamente como indicação dos comportamentos já presentes, e que devam ser desenvolvidos segundo tais critérios programáticos (Pimenta, 2003, p. 58).

Ou seja, nesta perspectiva, o clínico atua no sentido de restituir a um parâmetro comum aquilo que haveria faltado, ou ainda, se desviado. Com isso, encontramos uma clínica baseada em uma concepção de *déficit* em estreita corroboração e coordenação com a psiquiatria contemporânea; ou seja, um modo de exercer o tratamento partindo da ideia de que o indivíduo deve ser treinado e educado naquilo que ele *não faz, não realiza, não está em conformidade, etc.* Basta abrirmos o DSM para nos depararmos com um catálogo de comportamentos e sintomas deficitários e desviantes. E assim,

[...] aquelas particularidades —pulsionais da criança, que lhe conferem alguma estruturação interna, por mais bizarras que possam parecer aos olhos da sociedade, não são consideradas; suas manifestações são, até mesmo, indesejadas. Estas se apagam, mais tarde, na aquisição estereotipada das condutas aprendidas (Pimenta, 2003).

Este tipo de prática com a infância se torna ainda mais perniciosa que com o adulto, pois justamente na infância o sujeito de maneira prioritária estará sob o jugo decisório do adulto, sejam os pais, a escola, o terapeuta ou mesmo a medicina. Ou seja, a criança, por sua condição mesma, no que concerne as regras de cidadania, no exercício de seus direitos enquanto cidadãos, está incapaz ainda de se orientar no campo dos

sujeitos de pleno direito, jurídico. Com o autismo a questão é semelhante e retorna duplamente, tanto pelo fato de que sua sintomatologia se manifestar logo na infância, quanto pelas próprias condições e dificuldades que o autismo apresenta. Desta forma, a clínica médica e terapêutica com crianças autistas se tornou um lugar privilegiado para uma prática classificatória do sujeito, que busca na adaptação e na suposta normalização a sua finalidade.

Acompanhamos atualmente uma certa recusa dos órgãos públicos pelo atendimento psicanalítico a autistas argumentando que a psicanálise não se trataria de teoria e prática cientificamente válidas para o tratamento do autismo - “esquecendo que sem discutir os critérios de validação, só seriam aceitas a teoria e a prática do próprio censor” (Holanda, 2014, p. 103). Os adeptos desses argumentos não querem considerar um modo de tratamento que não se sirva da busca por marcadores biológicos para a compreensão do adoecimento psíquico e nem de critérios objetivos de tratamento através da adaptação comportamental. Quanto a essa recusa, os psicanalistas vivem uma verdadeira “Batalha” (para usar a expressão de Laurent)<sup>13</sup> pela defesa da psicanálise em atender esses sujeitos contra todas as formas objetivantes de tratamento<sup>14</sup>.

Certamente a questão da responsabilidade na clínica do autismo coloca importantes questões e desafios tanto clínicos quanto epistêmicos aos psicanalistas. Se tomamos o autismo enquanto uma posição subjetiva, o que inclui o tema da responsabilidade, ou seja, um modo singular de defesa e de satisfação na estrutura da linguagem, encaminhamos a discussão para o campo da psicanálise. Como assinala Lustoza & Calazans,

a psicanálise assume situar a clínica nessa dimensão ética, mas se recusa a se colocar ao lado dos que têm a sanha de serem controladores de alma. A nosso ver, não é gratuito que em vários países tenhamos a discussão de uma profissionalização da psicoterapia e a proposta de avaliá-la amparadas em argumentos pseudocientíficos. Tal utilização não resulta de ignorância ou desconhecimento dos conceitos, mas sim de um desejo: o de servir a um projeto político, reduzindo os tratamentos a uma técnica de condicionamento que não se preocupa em momento algum nem com a causa verdadeira da psicopatologia, nem com a direção do tratamento (2008, p. 129).

---

13 *A Batalha do autismo: da clínica à política* é o título do livro de Eric Laurent no qual o autor trata do tema do autismo. O termo *batalha* é usado pelo autor para indicar uma expressão recorrentemente usada pelos pais de autistas, mas também para indicar a querela no tratamento do autismo entre os partidários de uma linha cientificista e a psicanálise.

14 O Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) começou sua articulação no final de 2012 como resposta a diversas tentativas que visavam excluir as práticas psicanalíticas de políticas públicas para o atendimento da pessoa com autismo (ver: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/quem-somos/>).

E, assim, se a questão subjetiva é abolida e o autismo é compreendido de maneira objetiva como um problema no desenvolvimento e em seu aspecto cognitivo, o sujeito nada tem a dizer sobre sua posição subjetiva, algo que sequer pode ser considerado na cena do tratamento.

Por conta de todo o exposto até esse momento é que entendemos necessário circunscrevermos de que maneira a questão do uso clínico do sujeito atravessa a clínica psicanalítica na sua interseção com o autismo. Isto é, não basta aqui para nós afirmarmos que a psicanálise considera o sujeito na cena do tratamento, precisamos entender como essa consideração do sujeito se tornou uma condição fundamental ao próprio surgimento da psicanálise e como isso se aplica na clínica no autismo.

## 2 A PSICANÁLISE, O AUTISMO E A QUESTÃO CLÍNICA DO SUJEITO

No capítulo anterior acompanhamos uma breve evolução do autismo enquanto categoria diagnóstica desde o momento em que foi estabelecido por Bleuler como um sintoma da esquizofrenia, passando por Kanner quando foi considerado uma doença específica, e até os dias de hoje em que é entendido pelo DSM V como um transtorno do neurodesenvolvimento.

Apesar de sua aparente diversidade, há algo de universal nessas diferentes concepções - a tentativa de conjugação de fatores ambientais e biológicos no esforço de descrição de seus fatores causais, onde ora o privilégio da justificativa recai sobre problemas na dinâmica relacional com o meio ambiente, ora em problemas orgânicos e, enfim, ora na confluência dos dois.

No entanto, é na esteira de uma compreensão marcadamente classificatória e atórica do autismo, tal como está presente no atual DSM-V, que devemos entender o fato das terapias comportamentais se fundamentarem numa perspectiva marcadamente objetivista, de onde finalmente procuram com os treinamentos e com a adaptação dos comportamentos figurar um tratamento psíquico julgado científico.

Na contramão de uma forma objetivante de diagnóstico e da qual somente pode originar uma concepção igualmente objetivante de tratamento, tal como aprendemos a partir dos trabalhos de Calazans (2004, 2006), Resende & Calazans (2013) e Calazans & Lustoza (2008, 2012, 2014), acreditamos poder transpor tal crítica destes autores a este problema para a maneira segundo a qual a psicanálise pode abordar o autismo como uma categoria clínica que, como todas as outras que fazem parte de sua psicopatologia, necessariamente inclui uma referência à noção de sujeito e não a sua negação. Ainda segundo o que estes autores nos ensinaram, é por conta desta crítica à medicalização que a psicanálise pode pôr em primeiro plano uma forma ética de tratamento psíquico que considera a posição do próprio sujeito como uma coordenada fundamental para a direção de tratamento (Calazans, 2004, 2006; Calazans & Lustoza, 2008, 2012, 2014). Dito de outro modo, segundo estes autores nos quais aqui nos baseamos acerca deste ponto, esta naturalização do psíquico, a qual se referem, não permite considerar outras causas para as patologias que não causas orgânicas ou psicogênicas, o que tem como consequência o apagamento da noção de sujeito como aquele o único capaz de responder por sua própria condição subjetiva (Lustoza, 2009; Calazans & Lustoza, 2008, 2012, 2014). Algo contra o quê a psicanálise se opõe.

Propomos neste capítulo, buscar testar a possibilidade de transpor tanto a crítica ao objetivismo quanto a defesa da consideração da ética da psicanálise, que estes autores desenvolvem em seus trabalhos, para a tentativa de entender de que forma a psicanálise de orientação lacaniana poderia articular a questão do sujeito ao problema da definição do autismo (Calazans, 2004, 2006; Resende & Calazans, 2013; Calazans & Lustoza, 2008, 2012, 2014). No entanto, gostaríamos de assinalar desde já a maneira como pretendemos encaminhar a questão do sujeito no tocante ao autismo. Existem diversos autores que de maneira exemplar abordaram o problema do sujeito na psicanálise, no Brasil ou fora dele, e que constituem uma referência fundamental para nossa própria reflexão. No que concerne à literatura em língua portuguesa referida ao tema do sujeito da psicanálise, temos, por exemplo, os trabalhos de Roberto Calazans e de Rosane Lustoza, autores já citados e outros que ainda serão referidos no andamento de nossa dissertação, tais como Luciano Elia e Antonio Godino Cabas. No caso da literatura estrangeira, faremos ainda referência a Bruce Fink, Jean-Claude Maleval, Eric Laurent e Colette Soler, entre outros, e que portanto também estarão presentes em nosso trabalho em algum momento. Entendemos que cada um desses autores trabalham a questão do sujeito para a psicanálise e é a partir de suas considerações que me interessei em particular pela dimensão ética que eles assinalam neste conceito. Através do contato com seus trabalhos, em especial os de R. Calazans e de R. Lustoza, fui sensibilizada à importância do caráter ético que define a categoria de sujeito em psicanálise e isto abriu para mim a necessidade, no prolongamento deles, de explorar tal vertente no caso do autismo. Assim, pretendemos, a partir desse momento, menos do que considerar a dimensão teórica do conceito, tão bem refletida por eles, abordar essa categoria de sujeito em seu aspecto o mais prático possível, ou seja, em sua relação a mais próxima da realidade da prática clínica, tomando-a em seu uso o mais concreto no que concerne o laço analítico. Para isso, este capítulo propõe um percurso dividido em 4 momentos.

Em primeiro lugar, situaremos a posição da psicanálise quanto as teorias organogênicas e psicogênicas mencionadas no capítulo precedente. Em segundo lugar, veremos, a partir de Lustoza (2009), que a psicanálise se inaugura com uma recusa do naturalismo charcot-janetiano e introduz através da ideia de defesa uma orientação na direção do sujeito. Na terceira parte argumentaremos que não se trata de conceber a questão da defesa e do sujeito sob a égide do tema da constituição, sob pena de readotar aquilo mesmo que a ideia de defesa visava questionar, mas, ao contrário, as noções de defesa e de sujeito como devendo ser rebatidas sobre seu estatuto clínico, prático, e não

constitucional. Por fim, veremos que se todos estes elementos são essenciais para a compreensão da psicanálise e considerando que esta é capaz de incluir o autismo em seu dispositivo, então estas características devem se aplicar também para a questão do autismo.

## 2.1 A ORGANOGÊNESE E A PSICOGÊNESE RECUSADAS PELA PSICANÁLISE

No capítulo anterior acompanhamos com Kanner uma descrição do que se apresenta de maneira geral como a fenomenologia dos comportamentos autistas. A partir da observação comportamental de uma série de crianças, Kanner havia isolado o autismo separando-o da esquizofrenia e fazendo surgir assim uma nova entidade nosográfica, chamada por ele de autismo infantil precoce. Neste artigo vimos que o psiquiatra estabelece um diagnóstico diferencial com relação à esquizofrenia em razão da precocidade na manifestação de duas características essenciais presentes no autismo; *o desejo de solidão e de imutabilidade*. Segundo Kanner, e diferentemente da esquizofrenia, o desejo básico de solidão e de imutabilidade dessas crianças não só se manifesta muito precocemente como também permanece essencialmente inalterado. Lembremos que a vontade de isolamento já era uma característica descrita por Bleuler, sendo a imutabilidade e a precocidade duas das maiores contribuições de Kanner para o diagnóstico diferencial.

Com esses dois autores pudemos acompanhar os efeitos da clássica discussão em psiquiatria entre as tendências organicistas e psicogeneticistas na tentativa de descrição do quadro clínico. Em linhas gerais, a organogênese compreende o psiquismo como um efeito direto da atividade do sistema neurológico e nada pode ser explicado fora dessa concepção mecânica: “a integração das funções [psicológicas] é explicada pela maturação e pela disposição sucessiva dos aparelhos anatomofisiológicos” (Ajuriaguerra, 1980, p. 06). Nas teorias organicistas, a etiologia das patologias deve ser buscada em fatores hereditários, genéticos, biológicos e ou adquiridos através de fatores tóxicos, infecciosos ou metabólicos (Ajuriaguerra, 1980, p. 06). Segundo uma perspectiva psicogenética, por sua vez, é dado menos importância aos fatores biológicos, substituída em favor dos fatores referidos a processos comportamentais e às experiências ligadas ao ambiente. Através do estudo da personalidade ou da vivência individual procura-se compreender o fenômeno patológico privilegiando as relações com o meio ambiente (Ajuriaguerra, 1980, p. 06).



Lembremos que nas descrições apresentadas tanto por Bleuler quanto por Kanner encontramos o privilégio de suas discussões quanto a causa ora recaindo sobre hipóteses orgânicas e ora sobre hipóteses psicogenéticas. Entretanto, o importante, nos parece, era que havia nesse debate sobre a psicopatologia a manutenção de um conflito acerca das hipóteses causais e não a sua supressão em prol de uma concepção estritamente biológica do autismo, mesmo que não comprovada. Este é um ponto que nos parece de suma importância justamente pelas consequências deste modo contemporâneo e objetivista de exercício da psiquiatria. Enquanto causas psicogenéticas são impossíveis de serem comprovadas em termos objetivos, o mesmo não aconteceria com causas biológicas. Daí o grande investimento nesta concepção que leva a supor uma correlação entre sintomas e processos biológicos, através de hipóteses teóricas fragmentadas que encorajam a grande promessa de que um dia serão demonstráveis as causas biológicas das patologias (Aguiar, 2004). Quanto a supressão dos debates psicopatológicos, lembremos ainda que no capítulo anterior acompanhamos a evolução dos critérios para o diagnóstico do autismo indo em direção a uma classificação objetiva e ateórica, o que, conforme argumentamos, são justamente as condições que possibilitam que testemunhemos atualmente uma verdadeira epidemia, uma indistinção diagnóstica e uma compreensão biológica do autismo.

Se na medicina como vimos prevalece uma indistinção diagnóstica, para a psicanálise, de orientação lacaniana não há, por sua vez, uma unanimidade em torno de um entendimento que permita, por exemplo, uma separação do autismo da psicose, e isso mesmo que a grande maioria dos autores considerem o autismo distinto da esquizofrenia. Segundo Maleval (2015), “de início, os elementos que aproximam ambos se impõem com facilidade; o trabalho de diferenciação é mais complexo” (p. 06). Maleval é um dos autores que considera o autismo enquanto estrutura clínica diversa da estrutura da psicose, embora, segundo ele, esta distinção não seja tão evidente em razão de ambas estruturas estarem referidas à forclusão do Nome-do-Pai.

Maleval (2015) em seu artigo intitulado *Por que a hipótese de uma estrutura autística?* defende a pertinência da distinção entre a psicose e o autismo argumentando que embora a sintomatologia do autismo apresente distúrbios da linguagem, da identidade e do gozo e que pertencem à clínica da forclusão do Nome-do-Pai - o que colocaria o autismo dentro da psicose -, ela (a sintomatologia) se apresenta tão “diferente de todas as outras que incita a interrogar-se sobre o estreitamento do laço entre forclusão do Nome-do-Pai e psicose” (p. 13). Ou seja, segundo o autor, a forclusão do Nome-do-Pai não

estaria necessariamente ligada somente à psicose, mas também estaria ligada ao autismo enquanto estrutura clínica diversa. Segundo Maleval, a vontade de imutabilidade, o fato de que o autismo não se desencadeia, a ausência ou pobreza de delírio e de alucinações, e, sobretudo, o fato de que a evolução do autismo ocorre em direção ao próprio autismo, torna concebível “a hipótese de que o autismo seja outra coisa que não uma psicose, a saber, uma autêntica estrutura subjetiva” (Maleval, 2015, p. 15). Esta mesma concepção é o que marca as formulações de Rosine e Robert Lefort. No livro *O nascimento do Outro* (1984), podemos acompanhar as hipóteses iniciais de Rosine Lefort que lhe permitiram conceituar o autismo como uma anti-estrutura, ou seja, não haveria constituição de uma estrutura no autismo na medida em que, para a autora, neste momento, o autista estaria fora do significante. Embora Rosine Lefort estivesse se referindo ao autismo como uma não-estrutura, já podemos perceber, entretanto, por essa mesma razão, que ela o está diferenciando do campo das psicoses. Essa distinção irá se consolidar no ano de 2003 quando o casal Lefort publica um livro que se chama *A distinção do autismo* (2017), no qual apresenta sua teoria sobre o autismo e, diferentemente do livro anterior, estabelece definitivamente que haveria, sim, uma estrutura autista: “tal estrutura viria em quarto lugar entre as grandes estruturas: neurose, psicose, perversão, autismo” (2003/2017, p. 12). Neste trabalho nos deparamos com o esforço do casal Lefort em distinguir o autismo enquanto uma patologia clínica, objeto de tratamento, do autismo enquanto um modo de posicionamento no campo da linguagem que não necessariamente se constitui como uma patologia clínica.

No âmbito desta dissertação, está fora de nosso alcance e proposta nos debruçarmos exaustivamente sobre esta distinção entre autismo e psicose. Entendemos que nossas considerações sobre os fundamentos da ética da psicanálise no que concerne o uso clínico do conceito de sujeito não se aplicam de maneira diversa entre uma e outra estrutura, embora estejamos advertidos que o direcionamento clínico possa realmente se servir desta distinção. De todo modo, o fato dessas crianças não realizarem trocas no campo da linguagem dotadas de um sentido compartilhado no Outro pode ter como consequência o estabelecimento de uma clínica baseada na ‘descrição de seus comportamentos’ e de suas ‘funções corporais’, o que de fato pudemos perceber no capítulo anterior quando das descrições feitas pela medicina. Por conta disso é que se interroga Colette Soler (2007) sobre a questão;

Surge um primeiro problema: é possível isolar uma categoria de *crianças autistas*? Seja como for, eu as distingo, com efeito, das crianças que são claramente

delirantes. Podemos ver como procedem os autores: eles abordam essas crianças que não falam por meio dos comportamentos delas e das funções de seu corpo. Trata-se, pois, de uma clínica descritiva, que não é de imediato uma clínica de troca de palavras (p. 69)

Não é de estranharmos que encontramos tentativas de encontrar a causa do autismo baseada na busca de falhas biológicas no desenvolvimento do ser humano ou de problemas na interação com o meio ambiente, especialmente o materno. Nosso desafio é o de pensarmos esses comportamentos e funções corporais pela psicanálise, já que de fato também o analista se depara (a priori) com os mesmos problemas que os profissionais das outras áreas. Dito de outra maneira, os psicanalistas também se encontram diante de crianças que recusam o contato e a troca e, neste sentido, como pensar esses comportamentos e funções corporais sem adotar os mesmos pressupostos biológicos ou ambientais? E neste sentido, portanto, como pensar os fenômenos em questão dissociando-os de um discurso descritivo e da categoria de ‘comportamento’ que o acompanha, assim como da concepção ‘deficitária’ e do pressuposto desenvolvimentista deles inseparáveis, para podermos então deslocá-los para o campo de um sujeito compreendido exclusivamente do ponto de vista da prática analítica? Mas, quando fazemos estes deslocamentos ainda são os mesmos fenômenos?

Já de saída podemos afirmar, nisso seguindo a Éric Laurent (2014), que para a psicanálise as hipóteses causais do autismo atribuídas a fatores biológicos e/ou ambientais dão na verdade origem a um “falso debate” (p. 33). O fato de trabalharmos a partir da singularidade de um sujeito definido a partir da prática clínica não implica desconsiderar a incidência de possíveis fatores neurocerebrais no autismo - ou em qualquer estrutura clínica. Mas, não desconsiderar nossa vida biológica não significa justamente pautar o tratamento por problemas de ordem biomédica. E, dessa maneira, como diz Luciano Elia (2014), “o campo do sujeito e o campo neurológico são irreduzíveis entre si sendo que um não colabora com o outro (...)” (p. 22). Quanto a isso, nos provocam Furtado e Vieira (2014):

Por que, perguntamos, os psicanalistas não retomam seus conceitos fundamentais e evitam cair na armadilha maniqueísta da *oposição (mal formulada) entre a genética e a causalidade psíquica?* [grifo nosso]. Será que não percebemos que nosso sujeito é de outra ordem, a ordem da linguagem, e que o autismo que tratamos não é o mesmo? (p. 09)

Mas então, se como nos dizem Furtado e Vieira, o autismo que tratamos não é aquele da medicina e da psiquiatria, então que autismo tratamos em psicanálise, afinal? Ou, dizendo de outra maneira, se, para a perspectiva da psicanálise, a visada biomédica

dá origem a uma categoria de autismo incompatível com a clínica do sujeito enquanto tal, como a psicanálise, inversamente, abordaria o autismo a partir de sua clínica do sujeito?

Partamos de uma consideração inicial segundo a qual o sujeito para a psicanálise não coincide com a pessoa, o cidadão ou mesmo o organismo. Acompanhando o trabalho de Bruce Fink (1998), podemos afirmar que o “sujeito lacaniano não é o indivíduo nem o que poderíamos chamar de sujeito consciente (ou o sujeito pensante consciente)” (p. 56). Neste sentido, o sujeito para a psicanálise tanto escapa às categorias que usualmente o absorvem de maneira corriqueira na linguagem cotidiana, quanto escapa à concepção gramatical do sujeito, como o equivalente ao sujeito do enunciado. E assim, em nossa consideração do sujeito, devemos assinalar que a psicanálise não irá negar

[...] o organismo, o cérebro, os fatores neurofisiológicos que puderem ser identificados na etiologia do autismo (...) as possíveis causas neurológicas do autismo serão sempre tomadas pela psicanálise como qualquer outro elemento orgânico com o qual cada sujeito – como tal, sujeito da linguagem – *terá que se relacionar*, seja para incluí-lo em seu aparato narcísico, (...), seja no campo das marcas simbólicas cuja tessitura constitui seu inconsciente (Elia, 2014, p. 24)

E assim, como nos diz a citação acima, as possíveis causas orgânicas do autismo *serão sempre tomadas pela psicanálise* como um elemento com o qual o sujeito da linguagem *terá que se relacionar*; terá que dar um destino, assim como todos os seres falantes no tratamento analítico, quaisquer sejam essas condições, mas às quais ele não está reduzido; ao contrário, contra o qual ele se define. Vejamos um exemplo fornecido pelo autor:

Se alguém nasce cego, o que é uma vicissitude do organismo, o sujeito a constituir-se terá que se haver com essa cegueira, e em princípio não será indiferente a ela. Entretanto podemos admitir, do ponto de vista lógico, que, (a priori) nada obriga a que o sujeito constituído em relação a um corpo acometido de cegueira tenha, entre as marcas de sua constituição, a da cegueira” (Elia, 2014, p. 22-23).

Aqui o autor nos remete prontamente para a mudança de perspectiva em nosso olhar a partir do momento que adotamos uma perspectiva propriamente clínica. Se, por um lado, o sujeito a que se refere o autor será aquele que terá a cegueira como condição biológica e seu desenvolvimento se dando inseparável dela (na medida em que se trata aí de um dado orgânico), por outro, o sujeito da psicanálise será aquele que no seio do tratamento analítico será interpelado por sua cegueira em seu valor significativo (da cegueira) e não como um dado desconectado do sujeito em questão. Sem percebermos, entramos nisso no coração do velho debate que tradicionalmente opunha a organogênese

a psicogênese, e com o qual a psicanálise polemiza ao adotar a questão do sujeito como um ponto fundamental a partir do qual ela mesma situa a especificidade de seu tratamento.

É importante nesse sentido entendermos primeiro os polos do par em questão para em seguida situarmos a novidade introduzida pela psicanálise nesse antigo debate opondo a clínica médica à clínica psicanalítica.

Como seu nome sugere, a organogênese consiste na

[...] doutrina daqueles que pensam que todas as perturbações da vida mental têm um substrato ou, ao menos, um condicionamento orgânico ou neurovegetativo. Como organogênese nós definimos o processo de formação de sintomas somáticos ou mentais pelo efeito direto dos componentes biológicos do organismo e através de um mecanismo fisiológico sem que as representações do indivíduo intervenham no nível da patogenia (Dimitriadis, 2013, p. 15).

Vê-se nesta definição de Dimitriadis, como ele mesmo assinala, a prevalência, senão a exclusividade, concedida a um ‘mecanismo fisiológico’ de natureza ‘neurovegetativa’ e que, em função disso, - e este é um ponto de suma importância – despreza em sua efetividade a participação de tudo aquilo que concerne o âmbito das “representações” (Dimitriadis, 2013, p. 15). Ou seja, a organogênese aparece assim como uma causalidade orgânica que opera sem a participação de uma mediação simbólica de ordem subjetiva. E, acerca disso, podemos nos referir aqui aos três parâmetros médicos cuja presença é necessária, segundo Vié (*apud* Dimitriadis, 2013), para o reconhecimento da natureza organogênica de uma enfermidade:

1) [que exista uma] perturbação anatomofisiológica (lesão transitória ou definitiva) recaindo sobre um segmento ou um sistema determinado do sistema nervoso central; 2) a existência de uma semiologia mórbida que traduza necessariamente o transtorno anatomofisiológico; 3) a materialidade do fator etiológico (físico, químico, infeccioso) confirmada na ocasião pelo efeito do tratamento (p. 52)

No entanto, desde a sua origem a psicanálise se definiu pela recusa do postulado organogênico no que concerne a patologia mental e isso, portanto, desde Freud. Como assinala Lustoza (2009), não seria difícil notarmos o quanto a polêmica que separou Freud de Janet acerca do problema da etiologia da histeria serve ainda como um excelente exemplo não apenas da recusa da organogênese por parte do psicanalista, como permite situar tal recusa como um dos gestos fundamentais para a própria fundação da psicanálise, o que veremos no próximo capítulo.

Mas se, por um lado, o organicismo é explicitamente incompatível com a perspectiva analítica e isso desde a sua origem, por outro, não devemos acreditar que

automaticamente a psicanálise, recusando a organogênese, deveria então ser situada do lado das teorias psicogênicas. Na verdade, nem todas as perspectivas psicogênicas se equivalem e, nesse sentido, a distinção não deve ser apenas traçada de maneira simples entre os campos do organogenismo e do psicogenismo, mas também retraçada no interior da própria ordem das doutrinas psicogênicas, e retraçada de uma tal maneira que a psicanálise acaba se desembaraçando, como assinala Vanier (*apud* Dimitriadis, 2013), de ambos os polos desta oposição. Segundo Alain Vanier (*apud* Dimitriadis, 2013), “contrariamente à opinião corrente, este debate [entre organogênese e psicogênese] não é aquele da psicanálise, [...]: nem o substrato em questão na psiquiatria, nem tampouco o apêndice da psicologia, mas, sobretudo a subversão desses discursos” (p. 9). Lacan efetivamente irá situar a psicogênese do lado das doutrinas propriamente psicológicas. É neste sentido que Lacan (1985) afirma, em seu Seminário 3, sobre as psicoses, de 1955-56, que

[...] o grande segredo da psicanálise é que não há psicogênese. Se a psicogênese é isso, é justamente aquilo de que a psicanálise está mais afastada, por todo o seu movimento, por toda a sua inspiração, por toda sua força, por tudo o que ela trouxe, por tudo aquilo para o qual ela nos conduz, por tudo aquilo em que ela deve nos manter” (p. 16).

Mas, neste sentido, como minimamente podemos definir o conceito de psicogênese de maneira, como dissemos, na esteira de Alain Vanier, propriamente ‘psicológica’, para compreendermos esta veemente recusa de Lacan em situar a psicanálise em seu domínio, e isso de maneira tão contra-intuitiva? Pois não seria evidente que a psicanálise, ao adotar a pedra angular do conceito de defesa, por exemplo, e com isso deixando para trás a orientação charcot-janetiana, passaria a fazer decididamente parte das doutrinas psicogenéticas? De que maneira devemos então definir o conceito para podermos situar a psicanálise fora de seu círculo?

Sem dúvida, a ideia de psicogênese surge justamente para responder ao problema da histeria e de sua etiologia e mesmo as teses charcotianas e janetianas já adotavam uma perspectiva parcialmente psicogênica. Além disso, contrariamente àquilo que vimos no tocante à organogênese, com a psicogênese se trata justamente de circunscrever o âmbito das patologias que dependem em sua causalidade do campo das representações para se fazerem e se manifestarem. No entanto, não é incomum encontrarmos em autores provenientes do campo da psiquiatria e da medicina a ideia de que uma doença psicogênica deve, entretanto, estar assentada de alguma maneira sobre algo de ordem

hereditário e constitucional, haja visto tanto as concepções de Bleuler quanto de Kanner quanto ao autismo. Como assinala Karl Birnbaum (*apud* Dimitriadis, 2013),

[...] as doenças psicogenéticas são desordens funcionais, cujo traço específico pode ser imputado a um fator mental e para as quais é possível que existam fatores predisponentes específicos, sobretudo uma constituição mórbida agindo como fator auxiliar. Estes estados, sendo acessíveis à forças psicológicas, são amplamente influenciáveis pela experiência, assumindo consequentemente formas numerosas e variadas (p. 56).

Vê-se nesse caso que o componente constitucional e hereditário se torna um pressuposto tão implícito quanto necessário para o surgimento e evolução de uma enfermidade psicogênica, suprimindo assim a falta de uma causa orgânica direta quando o domínio das representações entra em cena em seu processo. O componente constitucional se torna na perspectiva psicogênica o responsável natural pela *susceptibilidade* de um indivíduo diante das situações externas referidas à eclosão de sua enfermidade. É neste sentido que a concepção psicogênica acaba tradicionalmente adotando o vocabulário da ‘adaptação’ e de seu *déficit* ou perturbação. É exatamente isto que nota Dimitriadis (2013) quando assinala:

Quando nós definimos a psicogênese em oposição à organogênese, a constituição vinha no final das contas no coração da psicogênese. Ora, esta última era habitualmente considerada de natureza sobretudo hereditária e biológica, próxima do temperamento (p. 103).

Desta forma, a recusa da organogênese por parte da psicanálise não a conduz diretamente a adotar uma perspectiva psicogênica na medida em que esta última – e nisso vemos sua natureza ‘psicológica’ - somente pode incluir a subjetividade no domínio etiológico de uma maneira denegada – através destas categorias citadas por Birnbaum e por Dimitriadis, de “constituição mórbida”, de “fator predisponente específico”, de “natureza hereditária e biológica” e de “temperamento”. Em outras palavras, uma teoria psicogênica possui o vício inerente de apenas poder reconhecer a participação do sujeito na doença, erigindo em seu lugar uma causa ambiental ou orgânica suplementar indeterminadas.

Neste sentido, em função desta denegação do sujeito implicada nos modelos psicogênicos tradicionais, as condições ambientais, por exemplo, serão interpretadas como fatores ou correspondências habituais, algo que, segundo Furtado (2014), corresponde à “introdução [de uma] relação de compreensão no objeto psiquiátrico” (p. 40), mas de uma tal maneira que não renuncia ao modelo organicista-biomédico.



Para isso, cabe lembrarmos que no Seminário livro 3, Lacan (1955-56/1985) advertia sobre o perigo da noção de compreensão na direção do tratamento. Como disse Lacan, a experiência psicanalítica não pode ser, segundo ele, situada através de um modelo compreensivo, o qual estaria intimamente associado a uma certa consideração fenomenológica do estatuto da relação intersubjetiva no tratamento. Para Barreto e Iannini (2017), a crítica que Lacan faz à ideia de compreensão concerne o fato de que essa perspectiva “enfeixa o sentido numa relação intersubjetiva especular” (p. 50), fixando no “eixo intersubjetivo as miragens narcísicas da relação dual e simétrica, elidindo a possibilidade de que o desejo possa emergir, o que supõe sempre a assimetria entre o sujeito e a alteridade” (p. 51). Para os autores, Lacan tem razão em “afirmar que a compreensão envolve sempre um componente imaginário e, no limite, moral, porque fundado na inter-subjetividade e no paradigma do sentido” (Barreto e Iannini, 2017, p. 50-51).

Neste caso, podemos perceber o quanto a noção de compreensão tem forte relação com a concepção psicogênica na medida em que ambas excluem a participação do sujeito no problema da causalidade, o qual viria no lugar de uma incompreensão, uma equivocidade ou de uma indeterminação inerentes ao campo do sentido. É isto que Lacan quer assinalar quando apresenta um exemplo que denunciaria essa apreensão pelo paradigma da compreensão, ou seja, de um sentido que exclui a indeterminação: “quando alguém está triste é porque não tem o que seu coração deseja” (Lacan, 1955-56/1985, p. 14). Um engodo aí se daria nesta espécie de evidência intuitiva, pois “há pessoas que têm tudo o que os seus corações desejam e que ainda assim são tristes” (Lacan, 1955-56/1985, p. 15).

Barreto e Iannini (2017) fazem alusão a outro exemplo dado por Lacan (1955-1956/1985, p. 15) para pensarmos essa questão: “é plenamente compreensível, por exemplo, que uma criança chore depois de levar um tapa (...). Parece menos compreensível, mas nem por isso menos verdadeiro, que uma criança possa zombar do adulto quando leva um tapa” (p. 50). Vê-se aí como se concebe o lugar da compreensão, pois como assinala Lustoza (2009),

enquanto no domínio da realidade física uma causa A provoca necessariamente como efeito B, no registro do sentido uma condição A pode produzir *n* efeitos distintos, ou seja, há indeterminação, sendo o efeito fruto de uma escolha livre. Por exemplo, um menino recebe um tapa (A) produzindo como “efeito” um choro (B). Haveria aí uma relação de causa e efeito? Não, pois, segundo Lacan, podem ser variadas as reações do menino (B) à pancada (A): ele pode, em vez de chorar,

revidar, achar que mereceu, dar a outra face, reclamar, interpretar como carinho, e assim indefinidamente (p. 93).

Como diz Lacan (1955-56/1985), esta concepção compreensiva e que recusa o papel da indeterminação em seu processo nos revela justamente nisso seu viés altamente psicologizante.

Uma outra maneira de exprimir as coisas, e que vai muito mais longe, é dizer que o psicológico se tentamos examiná-lo bem de perto é o etológico, o conjunto dos comportamentos do indivíduo, biologicamente falando, nas suas relações com seu meio natural. Eis uma definição legítima da psicologia. Aí está uma ordem das relações de fato, uma coisa objetivável, um campo suficientemente bem limitado. Mas, para constituir um objeto de ciência, é preciso ir um pouquinho mais além. Da psicologia humana, é preciso dizer o que dizia Voltaire da história natural, a saber: que ela não é tão natural assim, e, em resumo, que ela é o que há de mais antinatural (Lacan, p. 16)

Nesse sentido, uma teoria psicogênica remete a uma forte circularidade, tal como também encontramos nas explicações dos comportamentos animais e que Lacan assemelha à psicologia e, isso de tal maneira que “a dita ‘reação’ fazia tandem com o caráter, [...], assim como o tipo de acontecimento escolhido, como ponto de partida da reação, era correlativo ao tipo de caráter” (Dimitriadis, 2013, p. 104). Ou seja, com uma ênfase no ambiente e com sua recusa do caráter indeterminado do sentido, a hipótese psicogênica reduz o indivíduo ao efeito das influências fornecidas pelo seu ambiente (familiar, por exemplo), gerando com isso um círculo vicioso; se A então B, se ocorreu B é então por causa de A (Lustoza, 2009). De acordo com Elia (2014), a psicogênese com isso “não tem valor etiológico, resumindo-se a oferecer um cardápio de exercícios de instalação e desenvolvimento de competências comportamentais (respostas) consideradas adaptativas ao meio social” (Elia, 2014, p. 20). Lacan (1956-57/1995) mesmo é quem nos diz que

A ênfase posta no ambiente constitui uma redução do que é proporcionado por toda a experiência analítica. É um retorno à posição simplesmente objetivante que coloca em primeiro plano a existência de um certo indivíduo em sua relação mais ou menos adequada, mais ou menos adaptada, ao seu meio (p. 17).

E assim, a psicogênese, apesar de já estar referida ao domínio específico da linguagem – trata-se de um processo afeito ao campo das representações -, é ainda avessa à própria invenção freudiana, “na medida em que ignora a autonomia do significante em relação ao significado e que não é pela via da compreensão que se pode abordar o que está em jogo no fenômeno humano”. (Furtado, 2014, p. 41). Para Lustoza (2009)

Uma vez presente um determinado estado psico-fisiológico, o sujeito não poderia ter agido, pensado ou sentido de outra maneira. Se alguém se conduz de certo modo graças a um mecanismo que o constrangeu, que o obrigou a fazer o que fez, consequentemente não houve alternativa, qualquer possibilidade de escolha foi vedada ao indivíduo (Lustoza, 2009, p. 90-91).

O mesmo pode ser transporto justamente para o modelo explicativo psicogenético. A disjunção entre significante e significado – um dos elementos mais basais da interpretação lacaniana do estruturalismo – revela aqui sua importância e seu alcance fundamentais, pois não apenas impede uma relação de continuidade direta entre a causalidade física e o fenômeno psíquico, como também, retira a psicanálise do âmbito do imaginário da compreensão e, portanto, da psicogênese. A consequência disso, segundo argumenta Lustoza (2009), baseando-se em Miller (1988), é que sair do âmbito da interpretação imaginária do sentido, “deixa margem a uma indeterminação, [e abre-se] um hiato que convoca o sujeito a responder” (p. 93). Com isso, podemos perceber que não apenas “sem a função sujeito, o indivíduo fica reduzido à máquina neural e genética que a ciência contemporânea tem produzido” (Furtado & Vieira, 2014, p. 09), mas também ficaria reduzido a uma concepção psicogenética que tende a situar no problema da compreensão imaginária uma forma de concepção etológica do próprio sujeito.

Portanto, não se reduzindo a ser consequência da incidência de fatores biológicos, nem a ser consequência de fatores ambientais, ou mesmo a conjugação inapropriada dos dois, podemos então pensar o sujeito na clínica por aquilo que ele não é. O fato de haver fatores biológicos e/ou ambientais não responde pelo modo como cada sujeito se constitui como ser falante, como estabelece sua posição subjetiva na dialética sujeito-Outro. Nas palavras de Laurent (2014),

[...] o fato de haver algo de biológico em jogo não exclui a particularidade do espaço de constituição do sujeito como ser falante. Ela afirma, em contrapartida, a importância do corpo para todo ser falante, para todo *falasser*<sup>15</sup> parasitado pela linguagem, o que é bem diferente. A psicanálise, na sua aplicação ao autismo, não depende das hipóteses etiológicas sobre o seu fundamento orgânico. (...) Nós tampouco evitaremos evocar os debates etiológicos na biologia do autismo. Mas

---

15 A guisa de informação, o conceito de *falasser*, que aparece na citação de Laurent, é articulado no Seminário 23 (Lacan, 1975-1976/2007) e compreende uma concepção de corpo enquanto corpo de gozo. O que está em jogo nesta definição é o destino singular dado pelo sujeito às inscrições significantes primordiais. Segundo Miller (1998) em *O osso de uma análise*, “Essa perspectiva comporta colocar em questão o próprio termo sujeito, porque o sujeito é sempre um elemento mortificado; aliás, Lacan o definiu como falta-à-ser, e é por isso que ele faz entrar o corpo vivo na psicanálise. Ele substitui o termo sujeito por *falasser*, que é o contrário de falta-à-ser, é o sujeito mais o corpo, é o sujeito mais a substância gozante” (p. 102)

não dependemos dos resultados dessas controvérsias para expor nossas proposições (p. 33-34).

Se, como nos diz Laurent, a psicanálise, *na sua aplicação ao autismo, não depende das hipóteses etiológicas sobre o seu fundamento orgânico* e, se tampouco a psicanálise adotará hipóteses ambientais e psicogenéticas na sua concepção da psicopatologia, como podemos então pensar seu campo de atuação? Em outras palavras e retomando nossa questão inicialmente apresentada, sobre o que opera o analista se não é nem sobre uma causa orgânica (medicina) nem tampouco sobre uma reação a uma causa ambiental (psicologia)? Vejamos o que diz Lacan (1955-56/1985):

[...], um rapaz encantador, ao qual eu tentava explicar algumas coisinhas, me perguntava se eu acreditava que as psicoses eram ou não orgânicas, eu lhe disse que esta questão estava superada, que já havia muito tempo que eu não fazia diferença entre a psicologia e a fisiologia, e que certamente não se torna louco quem quer, como eu havia pregado na parede de minha sala de plantão naquele tempo antigo, um pouco arcaico. Mas nem por isso deixa de ser menos verdade que é a uma certa maneira de manejar a relação analítica que consiste em autenticar o imaginário, em substituir o reconhecimento no plano simbólico pelo reconhecimento no plano imaginário, que é preciso atribuir os casos bem conhecidos de desencadeamento bastante rápido de delírio mais ou menos persistente, e as vezes definitivo (p. 24).

Com a citação acima, Lacan está nos dizendo que a oposição entre o psíquico e o orgânico não é realmente a oposição que importa para a psicanálise. Contrariamente à tentativa de compreensão sobre as causas da loucura, afinal *não se torna louco quem quer*, Lacan parece privilegiar o manejo clínico. Ou seja, a oposição que importa para a psicanálise, em função do privilégio concedido à ordem clínica, é aquela existente entre o simbólico e o imaginário (o significante indeterminado e o imaginário da compreensão) e não entre o psíquico e o orgânico. É isso o que Lacan coloca em evidência ao atribuir o desencadeamento do delírio a um manejo clínico que substitui *o reconhecimento no plano simbólico pelo reconhecimento no plano imaginário*.

De todo modo, suspender a concepção ambientalista e biologicista - que andam de mãos dadas - não significa que a psicanálise não possua nenhuma consideração sobre a constituição do sujeito. No entanto, e este é o ponto central que buscamos defender e justificar, ela submete a questão da *constituição* do sujeito ao seu *estatuto operacional no manejo clínico*. Este é inclusive o modo como devemos entender a noção de defesa em psicanálise, a partir da qual Freud situava a própria possibilidade de um tratamento concebido para além das interpretações justamente organogênicas e psicogênicas de sua época.

## 2.2 O SUJEITO NA DEFESA

Na contramão da orientação médica que conjuga a adequação a parâmetros de normalidade a terapias adaptativas é que se direciona e se fundamenta a clínica psicanalítica, tal como aprendemos com Calazans (2004, 2006) com Calazans & Lustoza (2008, 2012, 2014). Freud realiza uma verdadeira transformação na clínica médica de sua época ao orientar sua escuta para o mais singular de um sujeito, em detrimento de uma avaliação do grau de adequação deste com respeito a um parâmetro preestabelecido de normalidade. Assim é que a prática clínica freudiana – simultaneamente uma forma de investigação da vida mental de outrem e uma forma de tratamento dotada de efeitos terapêuticos – surge como uma alteração significativa na maneira de se compreender a dinâmica psicopatológica.

Por conta desta transformação o modelo médico-organicista se revelou inapropriado para a compreensão da histeria e a histeria foi reconduzida, no âmbito da psicanálise, à dimensão ética que lhe é própria (Calazans, 2004, 2006; Calazans & Lustoza, 2008, 2012, 2014). Com isso, aprendemos a ver com estes autores, que o modelo médico que procura compreender os efeitos psíquicos no sujeito a partir de uma causa orgânica/ambiental é recusado pela psicanálise, na medida mesma em que a posição do sujeito passou a fazer parte do problema da causalidade, tal como inaugurado por Freud. O interessante disso tudo é que não só a posição do sujeito passou a ser considerada no cerne da psicopatologia, como, ao fazer isso, é a própria psicanálise enquanto tratamento que se inaugura. Diz Freud (1925/1996) em *As Resistências à Psicanálise*;

Os sintomas das neuroses histéricas eram encarados como imposturas e os fenômenos do hipnotismo como embuste. Os próprios psiquiatras, cuja atenção estava sendo constantemente compelida para os mais inusitados e espantosos fenômenos mentais, não mostravam inclinação para examinar seus pormenores ou investigar suas *vinculações*. Contentavam-se com classificar o variado conjunto de sintomas e remetê-los, até onde podiam, a distúrbios etiológicos somáticos, anatômicos ou químicos. Durante esse período materialista, ou melhor, mecanicista, a medicina realizou avanços formidáveis, embora também mostrasse uma compreensão míope dos mais importantes e difíceis problemas da vida”.<sup>16</sup> (p. 241).

---

16 Aqui vemos Freud assinalando o quanto para a psiquiatria há um interesse pelo fenômeno em detrimento da compreensão estrutural - um interesse pelo fenômeno quanto mais pitoresco ele for. Ou seja, quanto mais estranho ele puder ser julgado, mais interesse sobre ele incidirá o discurso psiquiátrico.

Freud aqui opõe a visada psiquiátrica descritiva e classificatória à pesquisa de caráter estrutural em psicanálise, revelada na passagem acima pelo interesse em ‘investigar suas vinculações’. Ou seja, em vez de excluir o sujeito ao considerar os sintomas histéricos como ‘imposturas’ ou como puras manifestações de causas neurológicas, Freud propõe investigar esses mesmos sintomas exclusivamente no interior do campo das representações. E, assim, ao contrário da psicanálise adotar a orientação ‘mecanicista’ que caracteriza a medicina, retirando a legitimidade de tudo aquilo que não cabe nesta fórmula (seria impostura, embuste ou no melhor dos casos uma expressão de um dano neurológico), a orientação clínica psicanalítica se volta para a ‘compreensão dos mais importantes e difíceis problemas da vida’, através de suas ‘vinculações’, isto é, da relação do sujeito com suas próprias representações.

Portanto, se a pesquisa classificatória pressupõe a visão mecanicista, buscando uma relação direta entre uma causa orgânica/ambiental e um sintoma, a orientação psicanalítica por sua vez busca investigar aquelas ‘vinculações’ que respondem pela presença do sujeito (Lustoza, 2009).

Vamos retomar o texto de Freud intitulado *As neuropsicoses de Defesa*, (Freud, 1894/1996), para entendermos de que maneira o sujeito passou a ser considerado no interior da clínica psicanalítica. Freud inicia o texto afirmando: “Começamos pela modificação que a teoria da neurose histérica me parece reclamar” (p. 53). Mas, o que afirmava a teoria, digamos, padrão da histeria, a visão mais comum em sua época, para que possamos situar a modificação proposta por Freud; uma modificação exigida, segundo ele, pela própria abordagem deste objeto? Segundo Freud (1894/1996), a teoria padrão afirmava que “a síndrome da histeria, tanto quanto é inteligível até o momento, justifica a suposição de que haja uma divisão da consciência, acompanhada da formação de grupos psíquicos separados” (p. 53). Ora, no tocante ao reconhecimento de uma tal divisão da consciência não havia nenhuma polêmica maior naquele momento. O problema estava em outro lugar e começava justamente quando devíamos a partir daí situar “a origem” dessa divisão da consciência e o “papel desempenhado” por essa característica na estrutura da neurose histérica.

Segundo Freud, a modificação da teoria da neurose foi ocasionada então pela ideia de *defesa*. O efeito direto disso foi justamente o de nos fazer abandonar a perspectiva organogenética no tocante à tese sobre a natureza daquela “divisão da consciência”, a qual ele se refere. Com a defesa, Freud radicaliza a importância do papel do sujeito com respeito às suas representações na eclosão da enfermidade (Lustoza, 2009). Em outras

palavras, a “modificação da teoria da neurose” assinalada por Freud, teve como consequência a retirada da histeria para fora do âmbito das teorias organogenéticas, e, se já lermos Freud com Lacan, já podemos inclusive afirmar que também para fora do âmbito das teorias psicogênicas.

Com a teoria da defesa o sujeito é incluído no coração do problema da causalidade do patológico, na medida em que, como diz Lacan, “toda causalidade vem testemunhar de uma implicação do sujeito” (Lacan *apud* Miller, 1988, p. 34). E isso segundo Miller (1988), justamente “a partir da teoria do recalçamento no que ela dá conta do sintoma” (p. 34). Ainda de acordo com Miller (1988), no que concerne a teoria do determinismo psíquico, “a causalidade não suprime o sujeito. Ao contrário, ela o acolhe. Ela deve lhe conceder um lugar em sua teoria” (p. 34). Esta teoria, que contempla uma causalidade capaz de acolher o sujeito em seu interior, não é outra para Miller, que a própria teoria da defesa. Assim, como nos diz o autor, “o sujeito não é nada mais que uma defesa, ele se constitui primordialmente como uma defesa” (Miller, 1988, p. 49).

Com isso, aprendemos que o sujeito é retirado do âmbito de um determinismo biológico e do âmbito da natureza, realocando o problema da “divisão da consciência” para a dimensão ética de uma tomada de posição do sujeito diante de si mesmo, isto é, de seus conteúdos mentais e de suas representações (Calazans, 2004, 2006; Lustoza, 2009; Calazans & Lustoza, 2008, 2012, 2014). Eis aí “a modificação que a teoria da neurose histérica [...] parece reclamar” (Freud, 1984, p. 53):

De acordo com a teoria de Janet, a divisão da consciência é um traço primário da alteração mental na histeria. Baseia-se numa deficiência inata da capacidade de síntese psíquica, na estreiteza do “campo da consciência (*champ de la conscience*)”, que, na forma de um estigma psíquico, evidencia a degeneração dos indivíduos histéricos (p. 54).

Estou agora em condições de fornecer provas de duas outras formas extremas de histeria, nas quais é impossível considerar a divisão da consciência como primária, no sentido de Janet. Na primeira dessas formas, pude repetidas vezes demonstrar que *a divisão do conteúdo da consciência resulta de um ato voluntário do paciente*; ou seja, é promovida por um esforço de vontade cujo motivo pode ser especificado. Com isso, é claro, não pretendo dizer que o paciente tencione provocar uma divisão da sua consciência. A intenção dele é outra, mas, em vez de alcançar seu objetivo, produz uma divisão da consciência (p. 54)

A teoria da defesa vem assim constituir um importante argumento, uma peça chave, no questionamento da ideia de um fundamento natural do sofrimento psíquico – o qual por definição excluía a posição do sujeito no tocante ao seu sofrimento. Assim, com



a elaboração freudiana da noção de defesa a compreensão sobre a participação subjetiva na causa dos sintomas histéricos se modifica, e, com ela é incluída a dimensão ética no interior dos processos patológicos. É isto que também reconhece Lustoza (2009) quando toma justamente como exemplo a diferença que separa a perspectiva freudiana daquela de Janet no tocante a etiologia das neuroses. Para Lustoza (2009), “torna-se compreensível o teor da crítica dirigida a Pierre Janet, o qual, atribuindo a histeria a uma fraqueza congênita da síntese psíquica, acabava destituindo a fala histérica de qualquer verdade, tornando-a uma mera emissora de sons” (p. 93). Sim, justamente, a dimensão da verdade do sujeito é avessa à organogênese e, poderíamos dizer novamente, igualmente avessa à psicogênese também, pois a verdade não é passível de ser reduzida a um fenômeno psicológico. Ou seja, “ao atrelar a verdade a uma causa psicofisiológica, termina-se por negar a própria possibilidade da verdade” (Lustoza, 2009, p. 91). E, nesse sentido, como diz Lacan (1953/1998)

[...] se Freud tivesse sido capaz de assiná-las [as linhas supracitadas, escritas por Janet], como poderia ter ouvido, da maneira como ouviu, a verdade incluída nas historietas de suas primeiras doentes, ou decifrado um delírio obscuro como o de Schreber, a ponto de ampliá-lo proporcionalmente ao homem eternamente acorrentado a seus símbolos? (Lacan *apud* Lustoza, 2009 p. 93).

E assim, podemos continuar a nos remeter aqui ainda ao texto freudiano d’*As neuropsicoses de defesa*, já citado, pois, como dissemos, Freud associará a divisão da consciência à sua concepção de *defesa*. Lembremos, nesse sentido, que Freud abre seu texto com um pequeno prólogo onde assinala que tudo parte da experiência clínica, do privilégio da clínica, e diz:

Depois de fazer um estudo detalhado de diversos pacientes nervosos que sofriam de fobias e obsessões, cheguei a uma tentativa de explicação desses sintomas; e isso me permitiu, posteriormente, chegar com êxito à origem desse tipo de representações patológicas em casos novos e diferentes” (p. 53).

Vê-se que a clínica freudiana expandiu e começou a abarcar outros quadros clínicos que não apenas a histeria propriamente dita, incluindo agora igualmente as *fobias e as obsessões* e, conforme mencionado no próprio título do texto freudiano, também *certas psicoses alucinatórias*. E, assim, podemos afirmar que a ideia de “defesa” e o tema da “aquisição” se estende também a outras categorias psicopatológicas senão a todas aquelas que abordáveis pela psicanálise. Além disso, diz Freud neste texto que apresentará seus “(...) casos de histeria de defesa *adquirida*, já que neles não se tratava nem de uma grave tara hereditária nem de uma atrofia degenerativa individual” (p. 55). Ou seja, já de

saída podemos notar que a ideia de *defesa* corresponde ou se articula ao tema da *aquisição* e não ao do *inatismo* – na medida em que exclui a hereditariedade e a degeneração.

Cabe aqui lembrar uma passagem já citada, na qual Freud (1894/1996) afirma que:

[...] a divisão do conteúdo da consciência resulta de um *ato voluntário do paciente*; ou seja, é promovida por um *esforço de vontade* cujo motivo pode ser especificado. Com isso é claro, não pretendo dizer que o paciente tencione provocar uma divisão da sua consciência. A intenção dele é outra, mas, em vez de alcançar seu objetivo, produz uma divisão da consciência (p. 54, grifo nosso)

Vemos na passagem acima que é a posição do sujeito que responde pela origem da divisão da consciência, introduzindo aí o problema da responsabilidade, expresso em *um ato voluntário*. Isso é justamente o que encontramos em Lustoza (2009) quando afirma que

a estratégia de responsabilização do sujeito jamais será abandonada ao longo do ensino de Lacan, já que representa a condição que torna possível um tratamento analítico. Afinal de contas, se a causa do sofrimento devesse ser buscada num objeto exterior ao sujeito, o princípio de sua remoção deveria ser uma intervenção ela também objetiva (Lustoza, 2009, p. 95).

Assim, por um lado e dito de outro modo, a possibilidade do sujeito responder por seus atos só se torna factível se o psiquismo for retirado de uma compreensão psicológica e organicista. Por outro, como nos diz a autora, a “*estratégia de responsabilização do sujeito [é] a condição que torna possível um tratamento analítico*”. Ou seja, a inclusão do sujeito no tema da causalidade é a própria condição para o tratamento analítico.

Só faz sentido atribuir responsabilidade a alguém quando o sujeito é capaz de, diante das infinitas possibilidades de ação que estão abertas a ele, escolher livremente uma em detrimento de outras. Se ele não tiver escolha, se for levado a agir de determinada maneira constrangido por uma causalidade exterior, não há como imputar-lhe responsabilidade” (Lustoza, 2009, p. 95).

Neste momento de surgimento da psicanálise, a consideração de que tal divisão seria adquirida e não inata indica então a estratégia adotada por Freud que vem defender a inclusão da responsabilidade no âmbito das psicopatologias. Na medida em que a divisão não é inata, mas *adquirida*, ela é fruto de uma tomada de posição do sujeito diante de alguma coisa, indicando menos fenômenos orgânicos ou efeitos de uma condição ambiental. E, desta forma, se retomamos o tema das *vinculações* que a psicanálise investiga, como uma das primeiras referências à dimensão propriamente subjetiva, devemos recordar que essas *vinculações* que ligam o sintoma à causa não estão

disponíveis à consciência do sujeito e formam aquilo que se tornará para Freud o saber inconsciente.

Entre o esforço voluntário do paciente, que consegue recalcar a representação sexual inaceitável, e o surgimento da representação obsessiva, que, embora tendo pouca intensidade em si mesma, está agora suprida de um afeto incompreensivelmente forte, subsiste o *hiato* que a teoria aqui desenvolvida busca preencher. A separação da representação sexual de seu afeto e a ligação deste com outra representação – adequada, mas não incompatível – são processos que ocorrem fora da consciência (Freud, 1894/1996, p. 60, grifo nosso).

Essa não disponibilidade (amnésia) que incide sobre a cadeia de pensamentos inconscientes é fruto de uma posição do sujeito, no caso na neurose, de não querer saber. Aí reside a descoberta freudiana sobre a defesa no campo da neurose, algo que sob a forma da resistência inclusive inclui o analista no cerne do trabalho analítico. Portanto, podemos afirmar que a descoberta da defesa coincide com a inauguração da psicanálise enquanto práxis que coloca a questão do sujeito, representada na passagem acima pelo próprio hiato a que se refere Freud, no seu fundamento e na possibilidade de sua ação.

Neste sentido, a ideia de defesa unifica o horizonte clínico na medida em que o analista, diante de seu paciente irá supor, para poder agir, que o paciente tem participação naquilo do que se queixa. Sem a noção de defesa, caberia ao clínico nada mais que o velho ato médico, ou seja, aplicar sobre o paciente um saber, seja sob a forma de um protocolo de conduta comportamental ou sob a forma da prescrição farmacológica. E, assim, o laço analítico que permitiu a Freud a descoberta da defesa pressupõe necessariamente, possui como elemento necessariamente suposto, a posição de um sujeito.

A consequência deste gesto freudiano foi revolucionária, pois a categoria psicopatológica implicada pela própria ideia de tratamento perde seu antigo estatuto médico e passa a estar submetida à categoria de sujeito e, como diz Lustoza (2009), à dimensão da verdade e da responsabilidade referidos a um psíquico não-psicológico. É isso que tão bem assinalam, Calazans e Lustoza (2012), quando afirmam que

[...] podemos mesmo dizer que a psicanálise não busca necessariamente o tipo clínico, mesmo que o tenha encontrado no que Lacan chama de operadores da formação de sintomas: recalque, desmentido e forclusão, mas o singular do sujeito. Ou seja, foi articulando o singular do sintoma com a etiologia sexual que Freud conseguiu encontrar, não um marcador biológico, mas marcadores subjetivos. E foi assim que Freud fundou a clínica psicanalítica, sem necessidade de uma aparelhagem estatística e sem recorrer a biologia (p. 26).

Na passagem acima, entendemos justamente que a partir da noção de defesa se torna possível a Freud submeter qualquer categoria psicopatológica, sobretudo aquelas oriundas da tradição psiquiátrica, a uma posição subjetiva que inclui a responsabilidade do sujeito. Dito de outra maneira, os modos de defesa participam da posição do sujeito sob a forma de uma responsabilidade - o ato de responder por si a partir do modo próprio de defesa, e isso se aplica a qualquer forma particular de subjetividade – a qual, então, se torna condição do tratamento analítico. Tomemos a questão nas palavras de Luciano Elia (2014),

O sujeito – que em nada equivale ao lugar de qualquer pessoaalidade – não poderia em nenhum caso ser situado como objeto sobre o qual um determinado conhecimento seria aplicado (...) como é que aquele que convocamos, na psicanálise, a produzir o saber poderia ser objeto, alvo, mira do saber do psicanalista, se neste caso o saber não teria sido produzido pelo sujeito e por isso não mais teria qualquer relação com o campo do inconsciente? Estamos falando de uma impossibilidade metodológica e, portanto, discursiva, de aplicação de saber a um objeto (p. 30).

Com isso, diferentemente da posição de objeto de aplicação de um saber, a concepção de sujeito para a psicanálise tem na prerrogativa de responder por si sua condição intrínseca. Ou seja, ao sujeito, tal como descoberto por Freud através da defesa, corresponde necessariamente o problema da responsabilidade. A partir de agora, tentaremos pensar o sujeito na sua dimensão operacional na sua articulação com o autismo sem resvalar para um discurso psiquiátrico/desenvolvimentista que na sua atividade reduz o autismo a objeto de um saber, tratando-o como um transtorno da ordem biológica que afeta o comportamento.

## 2.3 A QUESTÃO DO SUJEITO NO AUTISMO

Uma vez afirmada uma orientação propriamente freudiana para a abordagem do problema da psicopatologia com a noção de sujeito implicada na defesa, ultrapassamos, deixamos para trás, a oposição entre psicogênese e organogênese e adentramos no terreno propriamente analítico. Como lembra, Godino Cabas (2009), “(...) toda a obra de Lacan é um debate em torno da noção de sujeito. (...) em suma, um empenho guiado pelo propósito de determinar o alcance dessa função. Não apenas no plano do conceito, acima de tudo, na dimensão propriamente clínica do discurso analítico” (p. 14).

Se, conforme nos diz Cabas o empenho é no sentido de definir o alcance dessa função imanente ao discurso analítico, no entanto, o exercício dessa função não se faz sem dificuldades e isto justamente dentro da *dimensão propriamente clínica do discurso*. Vejamos.

Na tentativa de apreender o estatuto do sujeito no autismo, muitas vezes nos deparamos no próprio campo analítico com uma tendência a apresentar o autismo como uma consequência da relação do indivíduo com o meio ambiente, ocasionando assim, segundo nossa compreensão, uma psicogênese mesmo que inadvertidamente. Os efeitos disso encontramos em uma certa concepção de sujeito que entendemos contrariar a orientação freudiana tal como apresentamos na seção anterior. Em outras palavras, mesmo que possamos encontrar um consenso em psicanálise de que o outro do analista no laço analítico é sempre um sujeito, certas formas de abordar a questão do autismo contrariam essa concepção. Nestas formas de abordagem nos chama a atenção um tipo de paradoxo: por um lado se afirma a pertinência da categoria de sujeito no autismo, e por outro esse sujeito é entendido como o efeito de falhas na sua própria constituição. A consequência desse viés interpretativo, no qual o autismo seria compreendido como efeito de falhas na constituição desse sujeito, é que seria esse problema - e que concerne à constituição do sujeito - aquilo que deveríamos tratar.

Entendemos que esta forma de abordar o problema tem estreita relação com as teorias que se servem da psicanálise, pois justamente o que as distingue é a maneira de situar o estatuto da *causa do autismo*, gerando com isso uma grande confusão entre o plano simbólico no interior de um tratamento e o plano imaginário da constituição subjetiva<sup>17</sup>. Ou seja, sempre se trata efetivamente de sermos capazes de refletir o estatuto do problema da causa, mas não se trata entretanto de considerar a questão da causa em termos desenvolvimentistas, o que traria consigo a ideia de que se compreendermos a causa do autismo seríamos capazes de preveni-lo ou suprimi-lo, cabendo ao clínico trabalhar para isso. E assim,

---

17 Acerca do debate sobre as diferenças existentes entre a psicanálise e a medicina psiquiátrica sobre a questão etiológica da causa buscamos nos basear nas considerações de Roberto Calazans em Calazans, R. (2006). *Psicanálise e Ciência*. Rio de Janeiro: Revista Ágora. Vol. IX n. 2 julho/dezembro, pp. 273-283; e em Calazans & Lustoza, nos artigos Calazans, R. & Lustoza, R. (2008). *A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 60, n. 1.; Calazans, R. & Lustoza, R. (2012). *Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia, 64, pp. 18-30 e, em Calazans, R. & Lustoza, R. (2014). *A medicalização do psíquico: o uso do termo psicose nos manuais diagnósticos estatísticos*. Rio de Janeiro: Tempo Psicanalítico, Vol. 46.1, pp. 11-26.

Ao preencher continuamente a *lacuna* entre causa e efeito, a ciência, de forma progressiva, elimina o conteúdo do conceito de *causa*, e os acontecimentos são entendidos evoluindo harmoniosamente para outros acontecimentos, de acordo com *leis* de conhecimento geral” (Fink, 1998, p. 173, grifo do autor)

Se como nos diz Fink, a busca da ciência em determinar a causalidade natural de maneira objetiva exclui de seu campo o próprio sujeito (aqui em Fink situado pelo problema da causa), podemos estender esse mesmo argumento à própria psicanálise quando ela mesma adota uma perspectiva psicogenética. Ou seja, como nos diz Fink (1998), “a ciência ‘sutura’ o sujeito, isto é, despreza o sujeito, excluindo-o de seu campo” (p. 171). Este tipo de crítica nos é de extrema pertinência, pois, no que concerne o tema da constituição do sujeito, a interpretação ética do problema, tal como propõe a orientação freudiana, permitiria sobretudo evitarmos tratar a questão do autismo na clínica pelo viés de um *deficit*, de uma falha a ser preenchida.

Esta interpretação, que compreendemos ser do tipo desenvolvimentista-ambientalista, psicogenética, traz consigo a ideia de que os outros que encarnam as funções materna e paterna teriam falhado no exercício de tais funções, o que teria como consequência o autismo na criança. O próprio Guia destinado aos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e elaborado pelo Ministério da Saúde (2013) e que tem como objetivo “a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo” (2013), lembra que justamente em virtude deste tipo de concepção psicogenética, muitas vezes alicerçada em ideias que foram deturpadas da orientação freudiana, o autismo foi “tido como um desvio do curso habitual do desenvolvimento, devido a um ‘fracasso’ na relação do bebê com a mãe, geralmente implicando a compreensão de que esta não cumpriu adequadamente a função de maternagem” (MS, 2013, p. 20). Lembremos que por conta desta forma de abordar a questão é que características dos pais de autistas por vezes foram banalizadas em metáforas como a das ‘mães geladeiras’ (MS, 2013, p. 21).

No interior da própria clínica psicanalítica nos parece que uma das consequências de abordar a constituição do psiquismo em termos de uma reciprocidade, de uma relação dual, com o privilégio da dimensão imaginária - tal como nos advertiu Lacan e que trabalhamos na primeira seção desse capítulo - se apresenta em uma orientação ortopédica do tratamento, o qual visa ‘consertar’ o sujeito (ou mesmos seus cuidadores), preencher suas falhas e lacunas em atendimento, mesmo que de maneira velada. Portanto, para nós, tratar o autismo enquanto consequência de falhas na constituição do sujeito pode se

configurar como uma maneira invertida de dizer que o psicanalista saberia qual a maneira correta de um sujeito se constituir na realidade e quais as operações necessárias para isso.

Segundo Zenoni (1991),

A ausência de resultados [que atestem a causa do autismo através das pesquisas pela psicogênese e pela organogênese] confirma que tanto uma quanto outra explicação positiva-se de qualquer maneira numa teoria da interação das causas. Portanto, é natural que esta conclusão desemboque no estudo das interações precoces mãe-bebê, já que os dois polos desta interação vêm condensar as duas hipóteses supostas interagindo na teoria da psicose: hipótese biológica (características inatas do lactente) e a hipótese psicogenética (características do meio ambiente materno). (s/página).

Essa confluência consiste em considerar a interação organismo-meio ambiente como plano pertinente da causalidade do autismo, o que ingenuamente pode levar o clínico a abordar a questão do sujeito no autismo partindo de perguntas quanto à sua constituição, ou seja, *como se constitui um sujeito autista?* E assim, como nos indica o autor acima, o próximo passo diante desta questão é tratar o autismo como resultado de falhas neste processo de constituição subjetiva. Justamente por conta deste modo de abordagem é que encontramos, por exemplo, conforme o trabalho de pesquisa que Ferreira e Vorcaro (2017) nos apresentam, que “entre os psicanalistas de orientação lacaniana pudemos identificar controvérsias sobre o autista ser um sujeito ou ‘um ser antes do sujeito’; um sujeito ‘inconstituído’” (p. 19).

Uma das consequências clínicas deste modo de compreensão encontramos, então, conforme Zenoni (1991), na tentativa de se apreender a constituição do sujeito em termos organismo-meio e, portanto, através da *observação* da relação mãe-bebê. Quanto a isso, o autor é muito preciso;

Espera-se que observando, desde o início, as interações entre a mãe e o bebê chegaremos um dia a estabelecer uma relação entre uma evolução patológica conduzindo a perturbações autísticas ulteriores com os funcionamentos interativos observados no início [...] É o espectro da prevenção que emerge. Pode-se imaginar os novos Spock destinados a ensinar às mães a interação possibilitando evitar que seu filho se torne autista” (s/página).

E, ainda segundo o autor,

As únicas observações que captam os funcionamentos relacionais tendendo à psicose são aqueles que descrevem a relação entre a mãe e uma criança que já foi diagnosticada autista. Dito de outro modo, acreditando-se observar o plano em que se formaria a causalidade da psicose, observa-se já o plano dos efeitos. Não se observa uma interação desembocando na psicose da criança a não ser quando a criança já é psicótica” (Zenoni, 1991, s/página)



Certamente a radicalidade expressa nestes argumentos de Zenoni não é de fácil assimilação e possivelmente leva o leitor a se perguntar se então não seria possível ‘curar’ ou ‘retirar’ alguém do autismo através de um diagnóstico precoce. Ou ainda, em termos mais psicanalíticos, se não seria possível ‘mudar’ de estrutura clínica caso se intervenha precocemente? Com isso, entramos em uma das discussões mais difíceis dentro da práxis psicanalítica. Não é objeto de nosso estudo explorar a noção de estrutura clínica em psicanálise, mas, de todo modo não podemos nos furtar nesse ponto de fazermos algumas considerações.

Primeiramente, antes de entramos na questão analítica propriamente dita, vale lembramos que a ideologia social de uma intervenção precoce é um dos projetos que fomenta, o que chamaremos aqui, de uma transtornalização generalizada da infância – usando aqui a noção de transtorno presente no DSM-V e retomada por Calazans e Martins (2007) e a noção de autismo generalizado utilizada por Maleval (2015). Ou seja, é uma concepção que vai na mesma direção da patologização da infância pautada em concepções desenvolvimentistas-ambientalistas, tal como já abordamos anteriormente.

Dito isso, no campo da psicanálise, a estrutura clínica diz respeito à posição do sujeito na linguagem e serve sobretudo para orientar o clínico no seu diagnóstico e na direção do tratamento. É isso mesmo o que nos dizem Calazans e Lustoza (2014)

A psicanálise é uma clínica que se define por ser ética, uma vez que considera a escuta do sujeito como fundamental ao tratamento. A partir de Freud e Lacan, podemos dizer que a clínica, quando é da ordem do campo psíquico, está às voltas com o sujeito. Articular clínica e sujeito é importante hoje, tanto no que podemos chamar de direção do tratamento, quanto no que podemos chamar de prática diagnóstica. De certo modo, a noção de sujeito é que permite unificar estas duas dimensões da clínica – diagnóstico e tratamento – no campo de problemas psíquicos (p.12).

Portanto, o diagnóstico psicanalítico estrutural, diferentemente do diagnóstico médico, é realizado através de uma escuta que permite ‘articular sujeito e clínica’, ou seja, escutar a relação que o paciente estabelece com seu Outro de linguagem encarnado na figura do analista, visando auxiliar o analista na orientação do tratamento. Com isso, entendemos que a questão referente à estrutura clínica deve ser debatida somente sobre o campo da clínica e da natureza ética de sua escuta, como disseram Lustoza e Calazans. Este diagnóstico fundado sobre a escuta situa a orientação do tratamento e não deve ser tomado como uma condição objetiva e como um rótulo que recairia sobre o sujeito, tal como o utiliza o discurso médico. Concordamos com Miller (2001) quando argumenta que

Nessa arte o analista não inclui o sujeito numa categoria, mas se pergunta sobre a aplicação de uma categoria naquele caso, pois pelo efeito da estrutura da linguagem, o ser falante — parlêtre — mesmo estando inscrito em uma classe ou categoria, nunca as realiza completamente por possuir algo de específico e contingencial que sempre escapa à inscrição significante e o torna único. O universal da classe, seja ela qual for, nunca está completamente presente num indivíduo. Como indivíduo real, pode ser exemplar de uma classe, mas é sempre um exemplar com uma lacuna. Há um déficit da instância da classe num indivíduo e é justamente por causa desse traço que o indivíduo pode ser sujeito, por nunca poder ser exemplar perfeito (p. 25).

Assim, mesmo que a noção de estrutura possa suscitar, em nosso campo de atuação, diversas indagações, é importante mantermos firme a posição que temos sustentado deste o início deste capítulo para não nos perdermos neste momento: *A psicanálise não advoga a favor de concepção genética da estrutura do sujeito!* Que tenhamos dificuldades em apreender o real em jogo no interior das questões que a noção de estrutura nos apresenta, isso não deve nos conduzir a adotar, por exemplo, uma perspectiva interacionista como solução. Desta forma, a pergunta sobre a possibilidade de ‘mudança’ de uma condição estrutural através da intervenção precoce é uma pergunta mal posta e que leva sobretudo a uma ideia de profilaxia (que inclusive obstaculiza a nosso ver a adoção de uma leitura propriamente estrutural).

Nesta concepção profilática da clínica está implicada tanto uma ideia de valoração das estruturas clínicas - uma seria melhor que a outra - quanto uma ideia de que o tratamento deveria ser orientado a partir da consideração da neurose como modelo de referência para a compreensão do desenvolvimento. Ora, nada mais avesso à prática clínica freudiana! E assim, se dizemos que Zenoni é radical, é no sentido de que o autor nos parece fiel aos fundamentos da construção de todo o edifício psicanalítico, ou seja, ele não se deixaria enganar diante do real em questão, o que seria o mesmo que adotar uma teoria compreensiva do problema da “insondável decisão do ser” (Lacan, 1946/1998, p. 179), resolvendo o lugar da indeterminação através de uma abordagem interacionista e desenvolvimentista do sujeito.

Encontramos atualmente na abordagem psicanalítica alguns protocolos de avaliação e prevenção que têm como objetivo a detecção precoce de problemas na constituição psíquica e no desenvolvimento do bebê. Paula Pimenta (2007), na crítica que tece a esses instrumentos, argumenta que neles “sua dimensão ética encontra-se, ali, forcluída” (p. 01). Segundo ela, a forclusão da ética psicanalítica incide sobre o uso do discurso psicanalítico que neste caso vem servir para “os mesmos fins de avaliação e

prevenção a que se prestam os demais discursos pretensamente ‘científicos’ de nossa época” (Pimenta, 2007, p. 01). Segundo ela, a prevenção que tem “por objetivo a diminuição da incerteza e a evitação do risco que a incerteza comporta” (Pimenta, 2007, p. 05), baseando-se na relação mãe-criança, terá na figura do avaliador um “técnico que definirá, em últimos termos, se aquela relação mãe-filho é ou não saudável. Acaba-se por retomar a noção pós-freudiana do que venha a ser uma ‘boa mãe’, estendendo-a, aqui, para o que venha a ser uma boa relação mãe-bebê” (Pimenta, 2007, p. 06), e, assim, excluindo, conforme nossos próprios argumentos, a dimensão clínica e ética da questão do sujeito.

Portanto, se não é pelo viés imaginário-intersubjetivo que percorreremos a questão no autismo, devemos retomar Lacan no privilégio que o autor concede ao simbólico. Certamente a clínica no autismo se apresenta como um grande desafio, pois, como podemos abordar na clínica psicanalítica um sujeito que parece não poder sê-lo propriamente? Ou seja, um sujeito, segundo Maleval (2011), que quando procura se comunicar, o faz de tal maneira que não coloca em “jogo nem seu gozo vocal, nem sua presença, nem seus afetos. Se há uma constante discernível em todos os níveis do espectro do autismo, ela reside na dificuldade do sujeito em tomar uma posição de enunciador. Ele fala [...] na condição de nada dizer” (2011, p. 07).

Ou seja, no extrato acima vemos com Maleval que nosso desafio consiste em sustentar que o autista é um sujeito mesmo sem parecer sê-lo. Ou, dizendo de outra maneira, sustentar o sujeito no autismo mesmo quando parece que ele não está lá. Não esqueçamos que o valor clínico do conceito de sujeito – isto é, o sujeito pensado em seu valor operacional, do ponto de vista de seu uso clínico, enquanto categoria prática - está intimamente ligado à possibilidade do analisante responder por si, mesmo que isso no autismo nos pareça bastante contra intuitivo.

Muitos autores compartilham da hipótese de que no autismo a operação de separação que condiciona a inscrição do sujeito em um discurso não teria ocorrido. As operações lógicas foram apresentadas por Lacan (1964/2008) no Seminário 11 e com elas podemos inferir que uma das consequências da operação de separação é a instauração da divisão subjetiva entre o sujeito do enunciado e o sujeito da enunciação – podemos dizer, do inconsciente. A hipótese de inscrição do sujeito no discurso é a de que através da operação de alienação o sujeito se identifica primordialmente com os significantes do Outro – S1 – e, ao consentir com esta alienação, o sujeito elege o restante da cadeia - S2,

separando-se do Outro. Esta operação de separação é o que responde pelo encadeamento de sentido e torna possível ao sujeito encadear um discurso em nome próprio.

No autismo, portanto, a hipótese é a de que o sujeito estaria dentro da linguagem, mas fora do discurso – o que traria como efeito a impossibilidade do sujeito tomar a palavra na condição de enunciador. Por conta disso, por exemplo, é que o casal Lefort dirá que no autismo há “uma ausência de S2 que faz do S1 o Um sozinho no real. Pode-se dizer que não há S1 que represente o sujeito autista. (...) ele [o autista] apenas porta o S1 sozinho, o que o petrifica em um gozo intolerável” (Lefort & Lefort, 2017, p. 71). Laurent (2014) compartilha com a ideia de que no autismo teríamos a repetição pura do S1;

Esse esforço pela pura repetição do Um, *ne varietur*, encontra-se na vontade de *imutabilidade* manifestada pelo sujeito autista, essa imperiosa necessidade de que as coisas obedeçam a uma ordem absoluta, imutável e repetitiva, que nada viria interromper. Esse mesmo esforço encontra-se na repetição de uma conduta isolada ou de um circuito mínimo, os quais não se organizam como pares de oposições significantes, mas como justaposições reais” (p. 50-51).

Como nos diz Laurent (2014) este Um - S1 - sozinho é o que responderia pelas ecolalias, pelos movimentos repetitivos e pelas estereotipias, ou seja, significantes que não representam o sujeito para outro significante e que, se de fato o representassem, possibilitariam a inscrição discursiva. Com isso, adentramos no cerne do problema do qual se origina o seguinte questionamento: se o sujeito se representa de um significante a outro e se no autismo o que haveria seriam significantes sozinhos, como podemos conceber a pertinência do conceito de sujeito para o tratamento no autismo?

Para pensarmos esta questão recorreremos à dialética com o Outro, pois, conforme aprendemos, o Sujeito e o Outro estão intrinsecamente relacionados. De acordo com o ensino de Lacan (1964/2008), “O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (p. 193-194). Esse Outro, que se constitui para o sujeito como uma verdadeira alteridade, situa o próprio sujeito “numa posição de mediação em relação a meu próprio desdobramento de mim comigo mesmo como também com o semelhante” (Lacan, 1957/1998, p. 529). Ou seja, não só o sujeito se faz reconhecer no Outro, como o Outro enquanto alteridade marca para o sujeito o seu descentramento em relação a si mesmo.

O casal Lefort argumentará ao longo de toda sua obra que no autismo não há Outro (Lefort & Lefort, 2017, p. 16). Para eles, o Outro não se constitui como uma verdadeira

alteridade ao qual fosse possível endereçar um apelo, deixando o sujeito autista, portanto, em um puro real. De todo modo, mesmo que para eles no autismo o sujeito esteja em um puro real, isso não os impede de defender a importância da referência ao sujeito, enquanto categoria referida à prática clínica concreta, conforme veremos no último capítulo dessa dissertação.

Colette Soler (2007), por um outro viés, dirá que no autismo o sujeito é falado pelo Outro, havendo no Outro significantes que o representam e o libidinizam. Segundo a autora, a libido do Outro se liga a esses sujeitos, tornando possível com isso evocar sua inclusão no lugar do Outro (Soler, 2007, p. 74). Bernard Nominé (2001), no artigo *O Autista: um escravo da linguagem* problematizará a questão da seguinte forma:

Se olharmos um pouco mais de perto a relação desses sujeitos com a fala do Outro, ainda aí a atitude não parece unívoca. O autista não parece se interessar pela presença de um outro, responder aos chamados, ou seja, aceitar o princípio da representação significante, do que se pode concluir: para ele não há Outro. Mas pode-se também observar que de vez em quando o autista é como que teleguiado pelo que ouve, praticamente todos que conseguem falar se queixam de ouvir demais; aqueles que não falam em certos momentos tapam os ouvidos e pode-se concluir legitimamente: o Outro é por demais presente, por demais invasor. Ora, é necessário compreender se o Outro é totalmente ausente ou por demais presente” (2001, p. 11).

Ainda quanto à mesma questão Zenoni (1991) argumentará o seguinte;

Tomemos aqui apenas um sintoma geralmente reconhecido como signo do autismo – a saber a ausência do gesto simbólico de designação, a ausência de ‘pointing’. Este fenômeno testemunharia um não acesso ao simbólico, uma incapacidade de simbolizar, ou testemunharia, melhor dizendo, uma captura absoluta na dimensão do Outro, na dimensão simbólica? Quando constatamos que o fenômeno completo não se limita à não designação de um objeto, mas comporta também a tomada do braço de um adulto para que ele se apodere de um objeto que a criança demanda, a enunciação do objeto demandado está bem presente, mas é apenas no Outro que a sua enunciação se situa. Portanto, esse fenômeno não testemunharia um não acesso ao simbólico, mas uma inserção no simbólico tal que a criança não tem outro lugar que o de ser um prolongamento, um elemento sem separação possível. Trata-se muito mais de um aprisionamento absoluto, sem limite, no campo da linguagem que de uma ausência de linguagem que o gesto autístico testemunha, como demonstraria a análise de outros sintomas, geralmente descritos, na perspectiva da interação, em termos de incapacidade do sujeito – ao passo que eles traduzem uma capacidade exorbitante do Outro, uma faculdade do simbólico que chega a maquinizar o que é vivo, fazendo deste um significante animado (s/página)

E, finalmente, de acordo com Elia (2014),

O Outro, como ordem de linguagem se coloca para todo ser falante como tal, e o autista é um ser falante, ainda que não fale, não faça uso da fala como função no

campo da linguagem. Há portanto, sempre alguma forma de incidência do Outro, em qualquer caso, dado que a linguagem não poderia deixar de afetar qualquer corpo de falante, seja como for (p. 29)

Apresentadas estas diferentes concepções quanto ao Outro no autismo e, considerando, como já dissemos, a dialética intrínseca a esta relação, somos impelidos a concluir, com Elia (2014), que se sempre há “*alguma forma de incidência do Outro*” e que, correlativamente a isso, “sempre existem condições de sujeito, a serem especificadas em cada caso, em cada estrutura, em cada posição subjetiva” (Elia, 2014, p. 29). E assim, Elia apresenta uma concepção que exclui qualquer definição do sujeito e/ou do Outro que poderia nos levar a confundi-los com uma personalidade existente e funcional, e que então nos leva a concluir pela pertinência da categoria Sujeito e Outro no autismo.

É assim que para a psicanálise de orientação lacaniana não há uma situação natural e originária do humano fora da linguagem. Mesmo que em certos casos e condições ele não fale ou possa falar, ou ainda que não possa em nome próprio se fazer representar simbolicamente, o filhote humano já nasce imerso em um universo simbólico que o antecede. A linguagem, tal como conceitua Lacan (1957/1998), preexiste ao sujeito: “(...) a linguagem, com sua estrutura, preexiste à entrada de cada sujeito num momento de seu desenvolvimento mental” (Lacan, 1957/1998, p. 498). Em outras palavras, e segundo Zenoni (1991), a ordem da linguagem “É o plano que precede o da interação de um indivíduo com seu meio ambiente da mesma maneira que nos precedem a língua, a cultura e a sociedade dentro das quais viemos ao mundo (...) ou seja corresponde ao plano simbólico no interior do qual a relação mãe-bebê se situa” (s/página).

Zenoni nos recorda com a citação acima a importância de não reduzirmos a relação Outro-Sujeito à interação mãe-bebê, mas ao contrário, de submetermos a interação (psicológica) mãe-bebê àquela Outro-sujeito. Que em ambas as séries nos deparemos com um par de termos não permite, entretanto, nem a sua identidade nem a sua sobreposição direta. Uma criança sozinha internada em uma instituição asilar desde o seu nascimento, fora de toda relação mãe-bebê, ainda está descentrada como sujeito e ainda está referida ao campo do Outro, por exemplo.

Da mesma maneira, não podemos rebater de maneira simples e direta, isto é, de maneira psicológica ou psicogênica, a sua condição psicopatológica a uma qualquer realidade asilar de fato, pois ainda aí se trataria de uma relação do sujeito ao Outro. Assim, se o plano do Outro da linguagem antecede o plano da interação, então, por raciocínio lógico, o ser da linguagem (mesmo que não fale) está por definição submetido a ele e

sofrendo seus efeitos. Para a psicanálise, não se trata de pensar de que maneira o humano preexiste à linguagem, mas de que maneira o Outro da linguagem ‘precede o ambiente’! Vejamos o que nos argumenta Calazans (2006),

Um sujeito só pode julgar a partir do momento em que é afetado pela linguagem. E ser afetado pela linguagem significa perder uma orientação natural. Desse modo, torna-se patente a seguinte questão: um sujeito aparece quando a orientação falha. É por essa razão que a linguagem deve ser colocada, no estudo do que se refere a um psiquismo, como uma matriz principal. E é por isso que a linguagem irá servir de referência para a psicanálise. E todas as vezes que a psicanálise pretende apresentar algo para fora da linguagem, ela perde a sua orientação. Não por que não queremos coisas diferentes, mas por perder o sentido de seu problema — ético — a maneira própria de tratá-lo — a fala e a linguagem”. (2006, p. 282)

Portanto, a precedência é da linguagem em seus efeitos de sujeito. É isto que Lacan (1972) na Conferência em Milão assinala, quando afirma que “estamos na linguagem e não me acredito de jeito nenhum capaz de dizer a vocês por que estamos nela, nem de dizer como isso começou” (s/página). Arriscamos dizer que a pergunta pela “origem” ou pelo “por que” do sujeito em qualquer estrutura clínica não pode ser formulada a serviço de sua abolição, mas, ao contrário, sempre radicalmente submetida à questão clínica de seu tratamento e a uma concepção prática de seu conceito. É por esse motivo que nos parece que devemos compreender a frase lacaniana como nos dizendo que isso que vale para a falta de origem para a linguagem de uma maneira geral é o mesmo que vale para o sujeito, o que nos coloca diante da impossibilidade de reduzir seu questionamento no autismo a uma consideração genética de sua constituição. Dito de outro modo, o problema da constituição deve estar inteiramente submetido à consideração clínica do sujeito e não o contrário, sob pena de fazê-lo segundo uma perspectiva genética, o que significaria renunciarmos ao discurso analítico. Em outras palavras, mesmo que não esteja vedado ao psicanalista pensar a constituição do sujeito, a questão desta constituição deve ser situada no interior da questão da direção do tratamento. É isso o que entendemos da passagem de Lacan anteriormente citada – ‘estamos na linguagem’, isto é, o sujeito está na linguagem.

Continua Lacan (1972),

Não temos o menor traço do que se poderia chamar de invenção da linguagem... Tão longe no passado quanto a vejamos funcionar, é ela que está em cima do piso. Bem, vocês me dirão, o que isso tem a ver com a psicanálise? Tem a ver da maneira mais estreita, porque, se não partirmos desse nível que é o nível de partida, não se pode fazer nada na experiência psicanalítica, só se pode fazer a boa psicoterapia...” (s/página).



Nada nos impede de considerar que isto que Lacan chama aí de “*boa psicoterapia*” poderia ser aproximado de uma ‘boa psicogênese’. E assim, consideramos que do ponto de vista psicanalítico,

“o simbólico justamente *não é uma função que se desenvolve* tardiamente no indivíduo, mas é o campo de sua determinação, de sua especificação como ‘parlêtre’. Ele é operante de imediato para o ser humano, desde o início, *antes de qualquer interação* com o meio ambiente” (Zenoni, 1991, s/página, grifo nosso).

Com isso, devemos estar advertidos que a pergunta pela origem ou pela constituição do sujeito no autismo pode levar a um desvio da própria orientação freudiana.

No ano de 1975, na Conferência em Genebra sobre o sintoma, Lacan faz valiosas considerações sobre a linguagem e o autismo. Inicialmente Lacan marca que embora seja a mãe quem fala à criança, também é necessário que a criança a ouça. Ou seja, já de saída Lacan coloca a posição do sujeito no centro da questão. Diante dessa afirmação, Dr. Cramer estabelece um diálogo com Lacan que reproduziremos aqui em sua quase totalidade, intercalando com nossos comentários, pois consideramos exemplar da discussão que temos encaminhado.

*Dr Cramer:* - Que faz com que uma criança seja receptiva a uma ordem simbólica que lhe ensina a mãe ou que a mãe lhe transmite? Por acaso há alguma coisa de imanente no filhote humano?

*Lacan:* - Parece-me que isso estava implicado no que disse. O ser que chamei humano é essencialmente um ser falante.

Vemos aqui que Lacan não está preocupado em discutir se há algo que permita a apreensão da linguagem no ser humano, algo referido a seu organismo talvez, mas, ao contrário, que é próprio do ser humano ser um ser de linguagem.

*Dr. Cramer:* - E um ser que também deve poder ouvir?

*Lacan:* - Mas ouvir forma parte da palavra. [...] a ressonância da palavra é algo constitucional. É evidente que isso está vinculado à especificidade de minha experiência. A partir do momento em que alguém está em análise sempre prova que ouviu. Que o senhor faça a pergunta de que há seres que nunca escutam nada, é sugestivo, certamente, mas difícil de imaginar. O senhor me dirá que há gente que talvez só escute o barulho, isto é, que tudo a seu redor murmura.

*Dr. Cramer:* - Pensava nos autistas, por exemplo. Seria um caso no qual o passível de receber não está situado e onde o ouvir não pode ser produzido.

*Lacan:* - Como o nome o indica, os autistas escutam a si mesmos. Eles ouvem muitas coisas. Isto desemboca inclusive normalmente na alucinação, que sempre tem um caráter mais ou menos vocal. Nem todos autistas escutam vozes, mas articulam muitas coisas e se trata de ver precisamente onde escutaram o que articulam. [...] - O Sr. trata autistas? [...] o que o Sr. acha dos autistas?

Nas passagens acima, Lacan justamente situa o autismo no campo da linguagem, excluindo qualquer interpretação que situasse a questão sobre bases orgânicas ou ambientais. Lacan ainda parece nos indicar o privilégio que concebe à clínica e ao singular em detrimento de especulações teóricas, justamente quando pergunta ao Dr. Cramer se ele atendia autistas e então o que ele mesmo pensava sobre eles. Ou seja, uma vez que Dr. Cramer recebia autistas, ele mesmo teria algo a dizer quanto ao laço analítico ali posto, ultrapassando com isso considerações sobre o autismo ser ou não passível de ser abordado pela psicanálise.

*Dr. Cramer:* - Que precisamente não conseguem ouvir-nos, que permanecem acurados.

*Lacan:* - Mas isso é algo muito diferente. Eles não conseguem escutar o que o Sr. tem para dizer-lhes enquanto o Sr. se ocupa deles.

*Dr. Cramer:* - Mas também nos custa trabalho escutá-los. Sua linguagem continua sendo algo fechada.

*Lacan:* - É muito precisamente o que faz com que não os escutemos. O fato de que eles não nos escutam. Mas finalmente há sem dúvida algo para dizer-lhes.

*Dr. Cramer:* - Minha pergunta apontava um pouco mais longe. Por acaso o simbólico – e aqui utilizarei um curto circuito – isso se aprende? Existe algo em nós desde o nascimento que faz com que estejamos preparados para o simbólico, para receber precisamente a mensagem simbólica, para integrá-la?

*Lacan:* - Tudo o que disse implicava isso. Trata-se de saber porque há algo no autista ou no chamado esquizofrênico, que se congela, poderíamos dizer. Mas o senhor não pode dizer que não fala. Que o senhor tenha dificuldade para escutá-lo, para dar seu alcance ao que dizem, não impede que se trate, finalmente, de personagens de preferência verbosos” (Lacan, 1975, s/página).

Desse diálogo podemos extrair algumas considerações. Primeiramente que apesar do que a situação poderia indicar o autista deveria ser sim referido ao campo da linguagem, mesmo que não fale – os autistas são verbosos, diz Lacan. Por conseguinte, Lacan reafirma que no que concerne o humano, a precedência é a da linguagem e não a do ambiente e isso mesmo na ausência de discurso, mesmo quando sujeito e enunciador estão disjuntos. O passo seguinte foi uma indicação quanto ao manejo clínico e que entendemos concernir à inversão no polo do saber; Lacan sugere ao Dr. Cramer que não se ocupe do autista com seu saber, ou seja, que escutasse o que os autistas teriam a lhe dizer sem se preocupar que o autista o escutasse. Por fim, Lacan aproxima o autismo da esquizofrenia e nos sugere a necessidade de pensarmos de que maneira a fixação radical do gozo a qual se refere, justamente se relaciona a uma forma bastante particular de referência ao Outro da linguagem e isso mesmo se a criança não falar.

Com isso, nos resta encontrar uma definição do modo particular de resposta do sujeito autista em relação à estrutura universal da linguagem. Vejamos o que diz Colette Soler (2007)

[no autismo] *o sujeito é um puro significado do Outro: as crianças autistas são sujeitos, mas não enunciadores*. Sua postura em relação ao Outro consiste, portanto, em tentar manter uma espécie de homeostasia, em frear a dialética da fala, em se manter na relação com uma ou duas demandas absolutamente estereotipadas, repetitivas, sem enunciação. Tudo que se mexe do lado do Outro, tudo aquilo que multiplica suas demandas, tudo que se mostra como instável, imprevisível, tem um impacto direto e imediato nessas crianças. No fundo, sua própria estabilidade depende de que o Outro não se mexa (p. 72, grifo nosso).

Portanto, se seguimos a orientação freudiana e compreendemos que sujeito é uma posição diante do Outro, isso faz com que tenhamos que entender o sujeito como *assujeitado a*, mas em nenhum dos casos como equivalente a uma coisa ou um objeto. E, assim, como diz Soler, o autista retira sua estabilidade da inércia do Outro, ele se posiciona de tal maneira a necessária para que o Outro não coloque em jogo os signos de sua presença. Assim, segundo Soler (2007),

Apresentar o *sujeito autista* como puro significado, assinalemos, é perfeitamente coerente com o fato, de que, de maneira muito espontânea, os terapeutas foram levados a considerar que ele [o sujeito autista] era o sintoma do Outro, por exemplo, dos pais ou da mãe [grifo nosso]. Não falamos de seus sintomas como faríamos com um neurótico, mas sim do sintoma do Outro. Isso também é coerente com o fato comumente constatado de que, ao fazermos falar a mãe ou qualquer um que esteja no lugar do Outro, às vezes obtemos efeitos na criança: quando o Outro articula, o significado se mexe (p. 72).

Para Colette Soler, a percepção de que mudanças no Outro têm efeitos imediatos na criança fez com que terapeutas considerassem esses efeitos justamente como “diretos”. Podemos compreender o que nos diz Soler do sujeito autista como puro significado do Outro se retomamos o que vimos com Laurent (2014) acerca da hipótese de que no autismo se trata do Um - S1 - sozinho, algo que dificultaria a inscrição do sujeito no discurso, isto é, sua assunção da posição de enunciator. No entanto, mesmo que o sujeito autista responda a mudanças no Outro, sem poder enunciar em nome próprio sua posição com respeito a essas mudanças, isto não basta para justificar uma abordagem (psico/organo)genética do autismo. Percebamos o que a própria autora apresenta na citação acima que nos aponta para o desafio posto para o psicanalista em adotar uma visada decididamente clínica: por um lado o autista na sua relação com o Outro se apresenta como um *puro significado*, e, por outro, enquanto *sujeito autista* e, como Soler mesma afirma, *não há nisso nenhuma incoerência*.

*Consideramos que devemos levar isto ao pé da letra* e para tanto vamos recolocar a questão - não seria o sujeito aquele que por sua própria definição e por isso mesmo poderia se apresentar como um *significado*? Ou seja, literalmente, tomando ao pé da letra as palavras de Soler, a possibilidade do autista poder ser um “significado do Outro” não seria aberta somente justamente se ele for um sujeito, na medida em que a condição de ser um “significado” indica precisamente que já saímos do domínio da medicina e que já nos situamos obviamente naquele da linguagem? Efetivamente, somos levados a conclusão de que a forma de expressão elegida por Soler não deve ser tomada apenas como uma ‘maneira de dizer’, mas ao contrário, como uma proposição positiva do discurso analítico.

E, por isso mesmo, devemos aqui assinalar algumas pequenas considerações ainda a respeito de seu comentário. Em primeiro lugar, o fato de que alguém padeça por exemplo de uma falta de reconhecimento como sujeito não invalida sua consideração como tal, ao contrário, o confirma. Em segundo lugar, da mesma maneira, que possamos gerar efeitos terapêuticos intervindo não no próprio sujeito, mas no Outro, não invalida que ele o seja, e, igualmente, o confirma. Lembremos que somente há sujeito referido ao campo do Outro e que tal definição implica considerarmos seu radical descentramento. Assim, a autora está se referindo à dialética sujeito-Outro justamente como uma coordenada para se pensar a posição subjetiva do sujeito autista no Outro, e isso precisamente para além de sua carga genética e/ou de suas relações intersubjetivas, com as quais tais coordenadas não devem ser confundidas.

A partir das considerações que fizemos até o momento, gostaríamos então de retomar aquela expressão que Ferreira e Vorcaro (2017) encontraram em sua pesquisa, que já citamos anteriormente, e que se referia ao sujeito autista como “inconstituído”. Gostaríamos, entretanto, de alterar seu sentido original – o qual significava apenas uma ausência de sujeito - propondo então que tal predicado não seja tomado como um estado real, mas, ao contrário, como designando uma condição da ética clínica. Ou seja, tal expressão designaria agora a situação segundo a qual o sujeito não pode mais ser abordado nos termos de sua existência ou inexistência de fato, mas ao contrário como devendo ser necessariamente considerado de direito como suposto necessário ao tratamento analítico. Tal modo de abordar a questão nos ajuda a evitar a postura das teorias e práticas que não só questionam a existência do sujeito no autismo quando se baseiam numa concepção desenvolvimentista, como também nos ajuda a evitar uma

prática que procura na normatização, ou na neurotização, o parâmetro para o tratamento do sujeito autista.

Neste sentido, devemos ser radicais em nossa posição sob o risco de abandonarmos nossos próprios fundamentos se simultaneamente defendermos a ideia segundo a qual a psicanálise pressupõe em sua prática a categoria de sujeito e aquela segundo a qual o autista é um ser-sem-sujeito. Se isso fizéssemos, não acabaríamos diante de uma impossibilidade tanto teórica quanto prática da psicanálise atender autistas?

Entendemos que a submissão de toda consideração do problema da constituição ao registro de uma orientação decididamente clínica, parece ser um dos componentes fundamentais da orientação freudiana. Portanto, cabe repetir, a posição de sujeito para a psicanálise não está referida a uma condição real ou deficitária, e que poderia ser dada ou não ser dada, curada ou remediada, mas, ao contrário, a uma situação, como assinala Calazans (2006), de ordem ética e que faz parte da própria definição do conceito de sujeito: a psicanálise irá

“considerar o sujeito em função do problema que ele indica, a saber, o problema ético. Um problema se torna ético quando não posso deixar de responder a ele, mesmo que não haja solução alguma dada ou evidente sobre ele” (p. 280). [Com isso,] “a psicanálise, a partir dos desdobramentos efetuados por Lacan em sua retomada da obra freudiana, abandona o realismo ao considerar que seu problema é de ordem ética por estar às voltas com um sujeito” (Calazans, 2006, p. 274)

Aí fica claro a resignificação que gostaríamos de aplicar à noção original encontrada por Vorcaro a qual nos referimos anteriormente, pois *o sujeito nunca estaria inteiramente constituído*, ele seria sempre e por definição em parte ausente e simultaneamente em condição de advir no interior do próprio trabalho clínico, não como uma coisa dada, mas, como aprendemos com Lustoza (2009), como uma posição ética concernindo ao campo da responsabilidade. Em função disso, e do que assinalam esses autores aos quais nos referimos, consideramos que seja necessário pensar o conceito de sujeito a partir da própria experiência clínica e enquanto clínica, considerando então que ‘sujeito’ designa uma categoria prática e não descritiva. E, por isso:

O sujeito se constitui na sua relação com o Outro, aqui a ser entendido como campo de linguagem, articulado em significantes, ou seja, em elementos fragmentários e sem significado algum em si mesmos, coletivizáveis: coleção de fragmentos assemânticos, dos quais o sujeito é um efeito e uma função. Função em e de um campo (Elia, 2014, p. 26).

Podemos ver na citação acima o autor articulando as duas faces do conceito de sujeito com as quais nos deparamos no decorrer dessa seção. Por um lado, o sujeito sendo pensado como efeito da inserção na ordem da linguagem e, por outro, o sujeito como operador efetivo da prática clínica psicanalítica. E assim, embora na citação acima o autor esteja se referindo à ‘constituição’ do sujeito, isso não nos sugere que esta ‘constituição’ se refira a um sujeito de fato, mas de direito na medida em que ‘o sujeito se torna um ‘efeito e uma função’ de um campo que não é outro senão aquele do *próprio ato analítico*.

Gostaria de pedir ao leitor que perceba que estou tentando demonstrar a seguinte ideia: *no trabalho analítico o analista não é aquele que sabe ou visa atestar a existência ou inexistência de sujeitos em determinados casos ou estruturas clínicas, mas, é aquele que para agir clinicamente ou, mais ainda, cujo próprio ato clínico já pressupõe o sujeito como seu operador*. Ou seja, endereçar-se àqueles diante de si que padecem de um modo de defesa erigido no interior de uma estrutura de linguagem e que, portanto, é suposto capaz de a sua maneira lidar com a sua condição - o que nos remete ao campo da responsabilidade.

## 2.4 DO USO CLÍNICO DO SUJEITO

Vimos na seção anterior que a pergunta pela ‘constituição’ do sujeito adotada por uma perspectiva psicogenética trazia consigo o risco da psicanálise se tornar uma concepção explicativa e normativa do sujeito e do Outro (aqui temos um sujeito!, ali não há sujeito!, como ele deveria ser? O que ele se mostra incapaz de fazer?) e, portanto, mais uma perspectiva pedagógica entre outras ou mesmo classificatória, como na medicina psiquiátrica.

Com isso, argumentamos que o conceito de sujeito, do ponto de vista da prática clínica psicanalítica, somente poderia designar um operador clínico, ou seja, algo a ser tomado a partir de seu uso prático e nunca uma categoria psicogênica, a qual, a nosso ver, caminha no sentido contrário àquele propriamente analítico ao submeter a dimensão clínica ao problema da constituição real, em vez de submeter o problema da constituição à dimensão clínica.

Iniciamos nossas justificativas para isso com a noção de defesa, buscando trilhar o caminho que leva da base fundamental sobre a qual reside o edifício psicanalítico em Freud até a categoria de sujeito julgada por nós então como um operador fundamental para o ato analítico. Se Lacan (1975-76, AFI) no Seminário 23 nos diz que o “sujeito

nunca é mais do que suposto" (p. 42), então, poderíamos dizer que ele sempre é necessário ao 'ato analítico'. Desta maneira, retomando a consideração de Lacan acerca do laço social novo que a prática analítica instaura - o discurso do analista -, podemos afirmar que a concepção de sujeito no que concerne o privilégio da clínica para a psicanálise somente se faz articulada ao próprio dispositivo, o que comporta o sujeito e sua posição e também o analista e sua posição.

Em outras palavras, podemos considerar que *um analista se dirige sempre a um sujeito como seu interlocutor no laço analítico, um sujeito, portanto, necessariamente posto pelo ato analítico - sendo justamente isso o que responde e fundamenta a ética da psicanálise*. E assim, repetimos mais uma vez, do ponto de vista clínico, o privilégio da questão deve menos se referir à constituição do sujeito, sua existência ou mesmo funcionalidade, e mais ao que concerne à posição do sujeito *no* discurso analítico e *pelo* discurso analítico.

Será esse mesmo entendimento o que torna possível o discurso psicanalítico ser capaz de abordar outras patologias que não a neurose, tanto do ponto de vista clínico quanto teórico e, portanto, aquela que aqui nos interessa, o autismo. E, com isso, se a questão do sujeito deve estar submetida à dimensão propriamente clínica do discurso, isto é, se devemos submeter toda e qualquer consideração de tipo genético ao crivo do próprio 'manejo' clínico, nos perguntamos qual dimensão então seria essa?

Para respondermos essa questão, é importante nos pautarmos pelo que diz Fink, para quem a psicanálise é uma 'práxis definida por fins específicos'. Ou seja, como ele mesmo diz, a psicanálise é:

[...] uma práxis definida por fins psicanalíticos específicos; baseada no desejo enigmático do analista, a psicanálise tem como objetivo a subjetivação, a separação, a travessia da fantasia, etc. Não é uma prática baseada na compreensão, nem para o analista nem para o analisando, mas está baseada em uma determinada eficiência" (Fink, 1998, p. 174).

Fink está nos dizendo que a psicanálise não é um modo de compreender as coisas que a ciência não conseguiria explicar e que a complementar para uma compreensão global do mundo. Ao contrário, seguimos Calazans e Neves (2010) neste ponto, para quem a psicanálise é um tratamento da própria questão que fica excluída da ciência "A psicanálise trata justamente daquilo que é deixado de lado pelo discurso da ciência: o sujeito". (2010, p. 192). Dito ainda de um outro modo, por Calazans (2006): "a psicanálise irá, assim como a ciência, considerar os dados que ela recebe em função de um problema específico. Isto é: irá considerar o sujeito em função do problema que ele indica, a saber,



o problema ético” (p. 280). Em outras palavras, a psicanálise é um tratamento ético – que trata *do* sujeito e que trata *o* sujeito – e, enquanto tal, não se reduzirá a uma teoria explicativa das relações humanas.

Portanto, se como aprendemos com Freud, ao tratamento analítico corresponde a própria questão que o sujeito, ele mesmo, poderá rebater sobre si, sobre seu ser, seus modos de satisfação, suas fantasias, seus sintomas e que não são passíveis, como diz Calazans, de uma objetivação determinante, então,

a psicanálise é uma experiência que *faz*. Implica numa transformação e não apenas uma explicação destinada a fornecer um recobrimento ideativo do real. Portanto, acarreta consequências. Isso nos leva a concebê-la como uma operação cuja meta é a obtenção de uma transformação efetiva (Cabas, 2009, p. 31-33).

Em função do exposto, resta aqui ainda uma questão a ser abordada. Alguns autores questionarão a premissa do sujeito ser um operador clinicamente possível a todas as estruturas clínicas - certamente neste ponto não mais em termos de sua constituição, mas mesmo em termos da possibilidade do próprio exercício desta função. Ou seja, a *operação sujeito* não se realizaria para todas as estruturas clínicas e isso do ponto de vista do próprio tratamento.

Neste sentido, a pergunta seria: esta operação, o uso do sujeito como operador clínico, seria possível apenas na clínica da neurose? Freud (1926/1996) mesmo, em *A Questão da Análise Leiga*, por exemplo, dizia que um caso somente poderia ser abordado pela análise se fosse uma neurose, situando por aí a psicose no limite de sua efetividade.

Lembremos que o sujeito se apresentou na clínica para Freud sob a forma de uma questão representada tanto pelo enigma do sintoma histérico quanto sob a forma da resistência no seio do próprio trabalho clínico. Lembremos também que enquanto os modos de defesa concernem às estruturas clínicas, a resistência descoberta por Freud corresponde à maneira da defesa se manifestar no próprio laço analítico. Com a descoberta da resistência, o que inclui necessariamente o analista, entramos na questão do sujeito na dinâmica mesma deste laço. Podemos minimamente conceituar a resistência como a forma de manifestação libidinal que se opõe ao trabalho analítico e neste sentido, se opõe à tentativa de tornar consciente aquilo que fora esquecido - as vinculações, o inconsciente.

Lembremos ainda que, para Freud (1925/1996), ao operar com a resistência, o trabalho da análise “não era mais ab-reagir um afeto que se desencaminhara, mas revelar repressões e substituí-las por atos de julgamento que podiam resultar quer na aceitação,

quer na condenação, do que fora anteriormente repudiado” (p. 36). Com isso, no trabalho analítico caberia ao paciente reconhecer sua resistência para que pudesse através de uma tomada de posição consciente apropriar-se de seu processo terapêutico, reconhecendo sua posição de sujeito na própria relação analítica. A aposta freudiana consistia assim na revelação da resistência e no convencimento do próprio paciente de sua existência e da existência do poder das pulsões - o que seria a própria elaboração da resistência (Freud, 1914/1996). A elaboração das resistências, segundo Freud (1914/1996), diz respeito a “parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão” (p. 171). E, finalmente, lembremos aqui que, em 1925, Freud escreve um artigo intitulado *Psicanálise* no qual atribui o ganho terapêutico experienciado pela psicanálise à substituição de atos mentais inconscientes por conscientes. “A influência terapêutica da psicanálise depende da substituição de atos mentais inconscientes por conscientes e vigora dentro dos limites deste fator. A substituição é efetivada superando-se as resistências internas na mente do paciente” (Freud, 1926/1996, p. 254). Assim, em linhas gerais, podemos dizer que a elaboração das resistências pelo paciente seria a maneira pela qual se efetivaria a substituição do inconsciente pelo consciente e em última instância a própria cura analítica.

Neste sentido, como nos diz Cabas (2009), é que a psicanálise é uma prática que implica em uma transformação de um ponto de fixação libidinal que é necessário atingir, mobilizar e num certo sentido, fazer bascular, através do ato de ‘tornar consciente o inconsciente’ (p. 31-33). Deste modo, um dos argumentos principais de Cabas (2009) é que a noção de sujeito integra o horizonte freudiano na medida em que o psicanalista desde o início se perguntava pela possibilidade de o neurótico reconhecer a “vontade oculta como a motivação que anima a formação dos sintomas” (p. 220). Este objetivo clínico, que se traduz na própria assunção de uma posição subjetiva através da interrogação do enigma sobre seu sintoma e suas resistências, seria o responsável por levar Freud a formular a hipótese do inconsciente, “como quem forja um instrumento para cernir e simbolizar um real que, de outra maneira, se furtava ao entendimento” (Cabas, 2009, p. 220). Nas palavras de Lacan nos Escritos, no texto *Posição do inconsciente* (1964/1998); “o inconsciente é um conceito forjado no rastro daquilo que opera para constituir o sujeito” (p. 844) e isso durante e através do próprio tratamento.

Deste modo, se o inconsciente se constitui como uma hipótese que viria dar conta das questões neuróticas, não qualquer questão, mas uma questão sobre si mesmo (aí que a divisão psíquica aparece), o desdobramento disso se traduz da seguinte forma: “não é

porque existe o *inconsciente* que há um *sujeito*. (...) Mas, é porque há um sujeito – e é porque esse sujeito é uma verdadeira questão – é que Freud precisou formular a hipótese do inconsciente” (Cabas, 2009, p. 220). Este raciocínio, portanto, vem se referir ao sujeito enquanto inserido em um discurso, representado de um significante a outro, como também se refere à possibilidade ou não do paciente assumir a autoria dos seus atos, portanto em condições de responder por eles. Segundo Fink (1998), “*esse sujeito especificamente lacaniano não é tanto uma interrupção, mas o ato de assumir isso*, no sentido francês do termo *assumption*, isto é, uma aceitação de responsabilidade por aquilo que interrompe, assumir a responsabilidade” (p. 69).

Conforme vimos anteriormente – e assim temos a oportunidade aqui de retomarmos o início de nossas reflexões –, se ao sujeito corresponde o problema da defesa no seu encontro com a estrutura de linguagem, mas se toda a descoberta freudiana se alicerça na possibilidade do sujeito operar sobre sua própria questão, ou ainda, sobre ele mesmo, através do analista no seio do tratamento, podemos de fato então pensarmos que este caminho não está aberto a todo sujeito, seja por resistência, seja por estrutura.

Considerando então que a questão do sujeito se impôs a Freud no próprio trabalho analítico, sendo do próprio trabalho de análise que se retira, portanto, sua legitimidade, então seríamos tentados a concluir que não se trataria de uma função possível a todo analisante, mas, apenas, para aqueles que estão implicados pelo inconsciente. Neste sentido, a psicose, por exemplo, representaria segundo Cabas, “uma séria objeção à hipótese da universalidade da dimensão subjetiva” (Cabas, 2009, p. 173). Segundo Cabas (2009), a exclusão da castração e do nome do pai, definidores da estrutura da psicose, faz com que “a psicose se mantenha à parte, alheia, às questões centrais que determinam a posição do sujeito” (p. 181). Com isso, segundo ele, “o que define a psicose é a ausência de um significante capaz de representar a função subjetiva. Essa falta faz com que a ‘posição do sujeito’ fique em suspense, fora-do-simbólico” (Cabas, 2009, p. 179). E assim, segundo Cabas (2009),

“Trocando em miúdos: se o que a clínica freudiana demonstra é que o inconsciente é uma linguagem, então se entende que ele está articulado, mas sob a condição de lembrarmos que, quando se trata da psicose” (p. 174), “*o fato de estar articulado não implica que seja reconhecido. Se for possível dizer de alguém que fala uma língua que ele mesmo ignora, diremos que o psicótico ignora a língua em que fala*”. (Lacan, *apud* Cabas, 2009, p. 174).

Com isso, damos um giro a mais na nossa compreensão do valor operacional, prático, do conceito de sujeito e, neste caso, no prolongamento direto da questão do

trabalho clínico. De fato, o sujeito do inconsciente, enunciador, dividido pelo significante e concernido a metáfora paterna, capaz de rebater sobre si mesmo uma questão quanto a seu ser, este sujeito, o autista não parece sê-lo. E, deste modo, considerando que *o operador sujeito* se relaciona com a possibilidade de *assumir a responsabilidade*, tal como estabelecido pela própria clínica com Freud, ainda poderíamos pensar que esta função seria possível para todo ser de linguagem?

Considerando o encadeamento de nossos argumentos até o momento, no qual venho propondo que tomemos a questão do sentido prático do conceito de sujeito, isto é, por um viés estritamente clínico, defendo que sejamos fiéis à concepção de que a psicanálise é um tratamento, que sempre e por definição “visa operar na economia do gozo do sujeito” (Pacheco, 2012, p. 215). Sendo, inclusive, justamente por conta disso que o sujeito estará necessariamente implicado com a própria direção do tratamento, e isto mesmo nos casos em que a ele seja difícil ocupar o lugar de enunciador.

Mesmo que não possamos deixar de considerar que a questão do sujeito, tal como nos foi apresentada por Freud originalmente, se colocava ao psicanalista pela clínica da neurose, acreditamos que seu sentido ético original pode ser transposto para todas as intervenções clínicas do analista qualquer seja seu interlocutor no interior do dispositivo analítico. Sim, é verdade, o dispositivo analítico e a direção de cura responderam originalmente aos problemas clínicos que a estrutura da neurose manifestou.

Por esse motivo, no que concerne o autismo, é necessário então retomarmos nossos argumentos na sua raiz: a psicanálise não predetermina o sujeito de seu tratamento. Grosseiramente falando, o psicanalista não atende somente uma determinada categoria clínica, inclusive se consideramos que nesta práxis a pesquisa pela causa dos sintomas coincide com o próprio tratamento. E, por conseguinte, existiria uma relação de co-dependência entre a clínica psicanalítica e os diversos modos de ser ou, melhor dizendo, de modos de responsabilização, de mobilização do sujeito.

Pertinente assinalar que não estou com isso desconsiderando o diagnóstico clínico, mas propondo que a questão seja posta de maneira invertida logo de saída. Ao invés de tomarmos o problema do ato analítico a partir da existência ou não do sujeito pelo exercício do inconsciente, o qual seria uma prerrogativa do sujeito neurótico, nossa intenção é pensarmos como podemos sustentar um ato que se define justamente por uma necessária e sempre presente aposta no sujeito, seja qual for seu tipo clínico. Dito de outro modo, numa aposta no valor clinicamente operatório do *sujeito* para o tratamento de todo ser de linguagem. Assim nos diz Colete Soler (2007),

A pergunta formulada por Lacan no Seminário 11 e em Posição do inconsciente é de que modo esse sujeito, definido como puro efeito, falado pelo Outro, pode virar agente, tornar-se alguém que fala, que deseja, ou, em outras palavras, alguém movido pela libido. (p. 67).

E com isso Soler nos aponta para um fazer clínico que sempre busca operar na economia libidinal do sujeito através da possibilidade de sua responsabilização pela sua própria posição subjetiva, o que concerne à compreensão do autista como um sujeito - o único responsável e capaz de falar e testemunhar do lugar que ocupa no Outro no interior do trabalho clínico. Portanto, não basta que haja consenso quanto ao entendimento de que o autista é um sujeito enquanto ser de linguagem. É necessário darmos um passo a mais e incluirmos nesse preceito o exercício da possibilidade de *responder por si* no seio do tratamento.

Convenhamos que na clínica no autismo, mas não só nela, este preceito (que o paciente possa responder por si) requer do analista o exercício de seu desejo contra seus próprios ideais imaginários. Isto é, um desejo orientado não no sentido de condicionar, educar ou mesmo cuidar do sujeito através de uma maternagem, por exemplo. Assim, esta aposta que faz o conceito de sujeito ter um valor operativo na prática clínica, torna-se articulada necessariamente à posição do analista e a seu desejo. Com isso, enquanto tratamento de caráter estritamente ético, a prática clínica psicanalítica tratará os dois polos da relação analítica como tão essenciais quanto indissociáveis e, neste sentido, desde já podemos afirmar que se podemos falar em posição do sujeito será em relação a outra posição, a do analista, e esta correlação é constitutiva de toda e qualquer forma de tratamento proposta pela psicanálise, seja a quem for.

No próximo capítulo, tomando como base o trabalho clínico de Rosine e Robert Lefort, procuraremos articular o que seria então um bom exemplo a nosso ver do que seria uma práxis do sujeito no autismo e não apenas uma elucubração teórica ou conceitual acerca desta posição subjetiva.

### 3 A ÉTICA ENVOLVIDA EM TODO TRATAMENTO POSSÍVEL NO AUTISMO A PARTIR DO TRABALHO CLÍNICO DE ROSINE E ROBERT LEFORT

Ao incluir o sujeito no coração do processo de formação do sintoma através da noção de defesa e de resistência, a psicanálise ocasiona uma verdadeira reforma no saber clínico. Esta relação entre uma reforma no saber clínico com a inclusão do sujeito é justamente o que entendemos pela questão sobre a direção do tratamento. Lembremos quanto a isso de uma passagem já citada por nós, mas que vale a pena ser retomada neste momento

A psicanálise é uma clínica que se define por ser ética, uma vez que considera a escuta do sujeito como fundamental ao tratamento. A partir de Freud e Lacan, podemos dizer que a clínica, quando é da ordem do campo psíquico, está às voltas com o sujeito. Articular clínica e sujeito é importante hoje, tanto no que podemos chamar de direção do tratamento, quanto no que podemos chamar de prática diagnóstica. De certo modo, *a noção de sujeito é que permite unificar estas duas dimensões da clínica – diagnóstico e tratamento* – no campo de problemas psíquicos (Calazans & Lustoza, 2014, p.12).

Se como nos dizem os autores, ‘a noção de sujeito é o que permite unificar o diagnóstico e o tratamento’, entendemos com isso então que a direção do tratamento estaria intimamente relacionada com as exigências geradas pela abordagem de um novo tipo de problema até então sem solução, qual seja, a questão do sujeito nas diferentes estruturas clínicas. É neste sentido que a pergunta sobre a direção do tratamento foi feita e pode ser, portanto, localizada em cada um dos momentos fundamentais da história da psicanálise, por exemplo, no tocante à neurose com Freud ou à psicose com Lacan. E, com isso, a pergunta, sobre a direção de tratamento se mostra constitutiva da própria psicanálise, na medida em que nela estão implicadas questões fundantes de uma práxis, tais como; qual a finalidade do tratamento, o que se busca tratar, como o tratamento opera e a partir de onde age o analista enquanto analista.

Por conta desses componentes inerentes à pergunta sobre a direção do tratamento é que podemos afirmar que em psicanálise esta questão não é a mesma e nem pode ser reduzida, por exemplo, a uma questão de tipo taxonômica, como por exemplo a questão já aqui debatida implicada na pergunta “o que é o autista”? A objetividade explícita nesta última deve ser tomada como nos ensinando que não serve para a definição da psicanálise. É como se neste último caso, a pergunta fosse por demasiadamente médica, visando designar um objeto em sua inércia, como algo a ser definido em termos estáticos e sem considerar a relação com aquilo mesmo o vem definir.

Desta forma, ao contrário de uma definição médica do tipo clínico ou da direção do tratamento, a psicanálise se ocupa do singular do sujeito ao articular sua posição subjetiva no interior do tratamento em relação à posição do analista. Desta maneira, a pergunta sobre a direção do tratamento inclui de maneira fundamental aquele que se interroga sobre ele, isto é, inclui o analista, seu desejo e posição, e se constitui assim como uma questão sobretudo ética.

Portanto é enquanto uma práxis que buscaremos apresentar neste capítulo o discurso analítico posto em ação através da exposição exemplar dos argumentos que fundamentam a prática clínica no autismo tendo como base o trabalho clínico de Rosine e Robert Lefort – o casal Lefort, como são conhecidos no meio psicanalítico

O casal Lefort foi pioneiro na prática psicanalítica lacaniana com crianças institucionalizadas e em situação de abandono familiar, sendo responsáveis pelo tratamento de sujeitos cujo destino parecia inicialmente reduzido ao de serem observados, falados e conduzidos em suas vidas por algum outro. Podemos assim acompanhar através do testemunho de sua prática a aposta no tratamento psicanalítico de sujeitos que colocavam em jogo justamente o seu apagamento enquanto tais pelo Outro. Rosine e Robert Lefort reafirmaram, da maneira a mais forte e decidida possível, a condição *ética* de sujeito desses indivíduos tradicionalmente segregados das diversas figuras do Outro, parental, social ou político; sujeitos de alguma maneira (de)negados, isto é, até então reduzidos à posição de objetos.

Conforme assinala Tendlarz (2015), o casal Lefort não apenas é o precursor dos trabalhos sobre o autismo e a psicose na criança a partir da orientação lacaniana, mas também é o responsável por fundar e desenvolver o que seria tal orientação psicanalítica propriamente lacaniana na clínica de crianças em seus mais diversos campos de atuação. Esta também é a opinião de Laurent (2014), quando afirma que os Lefort foram pioneiros na aplicação da psicanálise lacaniana aos casos de autismo e de psicose da criança (p. 36). Tendlarz (2015) ainda reconhece que as concepções fundamentais do casal Lefort são essenciais para as formulações de dois dos mais expoentes psicanalistas da atualidade com respeito ao tratamento no autismo, Jean Claude Maleval e Eric Laurent (p. 112). Segundo a autora, é por conta de seu engajamento clínico que a psicanálise hoje pode assumir um lugar fundamental na direção desses tratamentos (Tendlarz, 2015, p. 105). De acordo com Laurent (2014),

Fizemos parte da geração que acompanhou o esforço de deciframento dos Lefort e sua formulação do que poderia ser uma psicanálise de criança precavida contra



os sortilégios do imaginário. Tratava-se de corrigir um viés dos avanços da própria prática, viés que Lacan situara com precisão (p. 43)

Aqui Laurent se refere às críticas de Lacan com respeito a uma abordagem pautada no imaginário da clínica psicanalítica com crianças;

“[...] Lacan criticava a abordagem da psicanálise inglesa, que, ao colocar ênfase numa troca recíproca entre o sujeito e seu parceiro por intermédio de um objeto, fazia esquecer a correlação, central na abordagem freudiana, entre o objeto e sua perda. O objeto é sempre, fundamentalmente, objeto perdido” (Laurent, 2014, p. 44).

Com essa citação podemos notar que muito do valor conferido ao trabalho do casal Lefort se dá justamente na medida em que se recusaram a se orientar por uma abordagem psicológica ou psicogenética da clínica. Este valor é de fato reconhecido por diversos psicanalistas e, justamente em virtude deste reconhecimento é que, sob a direção de Judith Miller, alguns deles se reuniram para lhes prestar homenagens. Deste encontro restou a publicação de um livro em 2010 intitulado *L'Avenir de l'Autisme avec Rosine et Robert Lefort* (2010). Este encontro se deu ao redor da vontade de colocar em primeiro plano três grandes contribuições do casal Lefort. Em primeiro lugar, em função de tratar-se de um trabalho, como assinala Judith Miller (2010), pioneiro no que ele “permite inscrever as crianças as mais rejeitadas, em função de sua deficiência (handcap), como sujeitos radicalmente tomados pela linguagem, onde tradicionalmente ao contrário eram vistos como destinados apenas a um tratamento por condicionamento” (p. 09). Em segundo lugar, ainda segundo Judith Miller (2010), o trabalho dos Lefort torna possível uma forma radical de interrogação sobre a posição do analista e o sentido de sua responsabilidade quando da condução do tratamento dessas crianças “cuja dificuldade são tidas como insuportáveis” (p. 09). Em terceiro lugar, trata-se de um trabalho que permitiu de uma maneira renovada refletir sobre “o sofrimento que o Outro pode gerar nessas crianças” (Miller, 2010, p. 09).

Em suma, para Judith Miller todas essas contribuições acima se tornam ainda mais essenciais quando pensamos que elas se inserem em um certo contexto, que é o nosso atualmente, e contra o qual este trabalho dos Lefort então se define.

quando os métodos de ressocialização são surdos ao *ser* de cada autista e que um cientificismo cínico, impudente, que tudo ignora, faz crer que aquele se reduz a um gene qualquer ou a um déficit de competência cognitiva, é dever dos clínicos transmitir o que os psicanalistas elaboram deste *ser*. Eis em função do quê é urgente nos instruímos com a obra de Rosine e Robert Lefort (Miller, 2010, p. 10).

Assim, assinaladas as razões de nossa escolha nesta dissertação de trazer à luz o trabalho de Rosine e Robert Lefort, este capítulo pretende circunscrever o que especifica e fundamenta a contribuição feita por eles para a atuação do psicanalista em geral e em particular na prática clínica no campo do autismo. Para tanto, veremos que tal contribuição expressa uma reafirmação radical do próprio fundamento ético da psicanálise, a qual será feita ao modo típico da estratégia lefortiana, que se desenvolve promovendo a inclusão de tipos psicopatológicos à primeira vista resistentes a formas de tratamento pela palavra e, portanto, tradicionalmente referidos ao discurso psiquiátrico, como, por exemplo, o autismo e a psicose na criança.

Desse modo, se o trabalho de Rosine e Robert Lefort constitui uma contribuição maior para a história do movimento analítico lacaniano e se tal contribuição se manifesta em uma ampliação do campo de atuação do psicanalista, isso se fez em função de uma defesa essencial da dimensão ética constitutiva do tratamento, uma defesa que se baseia de maneira eminente na restituição da condição ética de sujeito de certos indivíduos. Nesse sentido, o casal Lefort foi responsável por tornar o tratamento analítico possível a certas modalidades do sujeito, levando com isso o ensino de Lacan às últimas consequências: a responsabilização por sua condição de sujeito, ali onde nada parecia indicar a existência de algo que pudesse responder por si.

Com isso, pretendemos apresentar neste capítulo os pressupostos éticos que nos parecem necessários para a abordagem da direção de tratamento no autismo, para isso utilizando a tese central do argumento lefortiano, e que se traduz no aforismo *só há psicanálise do sujeito e não da criança* (Lefort & Lefort, 2010).

Esse aforismo nos parece essencial para entendermos não só o alcance, a natureza e a importância da contribuição dos Lefort para a psicanálise, mas também para reafirmarmos uma direção de tratamento pela psicanálise que vai na contramão da patologização maciça da infância que se observa na atualidade. Esse apoderamento da criança pelo discurso médico, e em especial no caso do autismo, em vez de convocá-la como sujeito capaz de subjetivar sua própria experiência, confirma-a no lugar de um objeto passivo da manipulação médica.

E, assim, uma das primeiras coisas que um psicanalista encontra na leitura dos textos lefortianos acerca da clínica com crianças em geral e do autismo e da psicose infantil em particular se manifesta no esforço dos autores em defender a articulação de um saber que não seja *sobre* o paciente, mas que *advenha* dele; e isso de um modo que inclui o analista e sua posição. Tal característica do trabalho do casal Lefort serve de

maneira excelente para exemplificar uma prática clínica que, conjugando a direção de tratamento e a posição e o desejo do analista no que concerne à clínica com crianças e do autismo especificamente, parte de uma concepção de sujeito inseparável e constituinte da clínica psicanalítica que eles enunciam. E, dessa maneira, enfim, a aposta no *sujeito* se fará tanto mais central para a atividade do psicanalista quanto mais ela se ocupar do infantil, da situação do *infans* e de seus percalços os mais difíceis.

Este capítulo será dividido em três partes. Na primeira delas será argumentado que se a psicanálise é fundamentalmente uma ética, não há tratamento que não se sustente em uma aposta de que o paciente possa ser, por definição, um *sujeito* – isto é, um ser de linguagem que pode ser interpelado no interior do discurso analítico como alguém responsável por subjetivar sua condição sexuada através do significante. Na segunda parte será demonstrado que a aposta na posição do sujeito implica, por sua vez, a posição em ato do desejo do analista, o que torna esses dois conceitos necessariamente implicados no trabalho analítico - tornando assim evidente de que modo a reflexão lefortiana demonstra a defesa da essência do *discurso analítico*. Por fim, na terceira e última parte, e com a unidade da psicanálise repousando tanto no sujeito quanto no desejo do analista, iremos circunscrever o autismo enquanto diagnóstico estrutural clínico para o casal Lefort a partir do tratamento de Marie-Françoise, conduzido por Rosine Lefort.

Embora dividido em três partes, cabe afirmarmos que esta divisão é puramente metodológica já que, como temos aqui argumentado, um diagnóstico clínico e uma direção de tratamento em psicanálise comportarão a posição do sujeito e a do analista como imperiosamente articuladas.

### 3.1 A UNIDADE DA PSICANÁLISE E A APOSTA DO SUJEITO

Há na obra lefortiana uma íntima relação entre a defesa da condição de sujeito do analisante e a extensão do domínio de aplicação da psicanálise. Tal defesa aqui para nós pode ser extraída de quatro atendimentos clínicos paradigmáticos realizados pela psicanalista francesa: os atendimentos de Nadia, uma menina neurótica de treze meses, e de Marie-Françoise, uma menina autista de trinta meses, ambos descritos e articulados no livro *O nascimento do Outro* (Lefort & Lefort, 1984); o atendimento de Marisa, uma jovem neurótica de 26 meses (1997) e, por fim, o atendimento de Robert, conhecido na literatura como o menino-lobo, um menino psicótico de 03 anos e 09 meses, cujo caso

clínico foi apresentado por Rosine Lefort no Seminário de Lacan de 1953-54 (Lacan, 1986, pp. 122-145). Essas quatro crianças foram atendidas por Rosine Lefort no âmbito institucional, em um asilo temporário para crianças que dependia da assistência pública – a Fundação Parent de Rosan, que fazia parte do serviço de Jenny Aubry. No prefácio *d’O nascimento do Outro* (1984), Rosine Lefort conta que esses quatro tratamentos foram acompanhados por ela entre setembro de 1951 e novembro de 1952, sendo conduzidos “antes de qualquer formação teórica [e tendo] uma relação muito estreita com minha própria análise. [Esses tratamentos] asseguraram pois, de qualquer sorte a continuidade do meu trajeto analítico, no interior do qual eles se inscreveram” (Lefort & Lefort, 1984, prefácio).

Consideramos que os atendimentos realizados por Rosine Lefort são exemplares de uma prática clínica que conjuga a posição do sujeito e o desejo do analista, o que permite inaugurar um tratamento possível naqueles casos que pareciam refratários ao tratamento pela palavra. Isso se faz a partir da compreensão de que as crianças são analisantes por inteiro e de que, portanto, não há uma análise específica para crianças que seja diferente da análise de adultos, uma vez que o analisante é sempre o sujeito. Por conta desse modo de compreensão e encaminhamento é que o casal Lefort permanece fiel aos princípios da prática lacaniana sem se perder numa abordagem desenvolvimentista da infância. Essa concepção é uma consequência de sua própria prática de análise com crianças, cujo princípio é o de reconduzir a categoria imaginária de criança àquela propriamente analítica e estrutural de sujeito.

Segundo Laurent (2014), os Lefort seguiram a indicação dada por Lacan, sendo responsáveis por reconduzir a prática analítica com crianças a sua dimensão significativa e a uma “verdadeira ascese de orientação para o real” (Laurent, 2014, p. 44), evitando com isso “os prestígios idólatras do corpo e de suas imagens” (Laurent, 2014, p. 44), os quais, segundo o autor, caracterizariam tanto a prática kleiniana quanto a de Françoise Dolto e que dominavam a prática clínica do final dos anos de 1950 (Laurent, 2014).

De fato, Rosine e Robert Lefort sustentam que a criança será recebida no trabalho analítico simplesmente como um *sujeito*. Segundo Rosine Lefort (1991), “a criança no adulto é sempre o mesmo problema da unidade da psicanálise, ou ainda da criança como analisante integral, porque aos olhos da psicanálise não há uma criança ou um adulto, há um sujeito” (Lefort, 1991, p. 17).

Podemos traduzir a passagem acima da seguinte maneira: só há psicanálise do *sujeito* e não da *criança*, na medida em que *a noção vulgar de criança não consistiria*

*efetivamente em um conceito propriamente metapsicológico*. Isso implica dizer que, qualquer que seja seu modo de posição no Outro (sua defesa), a criança não será reduzida nem, por um lado, a um objeto do saber e do discurso do Outro e nem, por outro, a um processo cronológico de desenvolvimento no seio de um tratamento psicanalítico. A este respeito, afirmam Rosine e Robert Lefort (2010) que lhes parece “inteiramente despropositado falar de psicanálise de criança ou de psicanálise de adulto” (Lefort & Lefort, 2010, p. 129).

Notemos bem a aparente estranheza e a efetiva audácia de uma tal ideia. Afirmar como princípio de sua prática a ausência de diferença fundamental entre a clínica de adultos e o tratamento de crianças parece afrontar uma de nossas intuições mais elementares. Por acaso a criança e o adulto por definição não vivem de fato situações distintas, e isso em todas as dimensões que pudéssemos conceber (biológica, psicológica, social, etc)? Não estão eles em momentos radicalmente diferentes do desenvolvimento? E, nesse sentido, a partir de que ponto de vista a psicanálise poderia ousar afirmar que a distância evidente que os separa poderia não ser nada além de um preconceito?

Lembremos que encontramos na obra freudiana *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/1996), a compreensão de que o infantil faz parte de um aspecto intrínseco à própria pulsão sexual e, portanto, a algo resistente a uma concepção desenvolvimentista da subjetividade. Este é o mesmo entendimento de Lacan (1964/2008) no Seminário 11, quando nos diz que

[...] em relação à instância da sexualidade, todos os sujeitos estão em igualdade, desde a criança até o adulto – que eles só têm a ver com aquilo que, da sexualidade, passa para as redes da constituição subjetiva, para as redes do significante – que a sexualidade só se realiza pela operação das pulsões, no que elas são pulsões parciais, parciais em relação à finalidade biológica da sexualidade (p. 174).

Com isso, se compreendemos então que o infantil é justamente aquilo que na criança não se desenvolve ou, melhor dizendo, que não segue a visada imaginária de um desenvolvimento ao mesmo tempo natural, psicossocial e cronológico, de fato, para o casal Lefort, e fiel à orientação freudiana, “não há infância do sujeito” (Lefort & Lefort, 1997, p. 8). Dito de outro modo, e nas palavras de Robert Lefort (1991), “não há especificidade na psicanálise com crianças. A estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto. É isto que faz a *unidade da psicanálise*” (Lefort, 1991, p. 13).

Vejamos o que Rosine Lefort (1991) nos diz com a seguinte citação:

Radical interrogação do sujeito no ser demasiadamente pleno, do qual se deve excluir toda analogia, qualquer que seja, com a neurose: a criança o diz; cabe a nós escutá-la sem nos apegarmos a um saber que poderia produzir fechamento. Que produz fechamento; cabe a nós nos tomarmos disponíveis, fazer tábula rasa de um discurso prematuro – o nosso ou o dos pais - e não ser mais que uma *voz* para deixar lugar à criança como analisando por inteiro (Lefort, 1991, p. 12).

Ou seja, mais uma vez os Lefort tiveram a intuição – audaciosamente anti-imaginária, notemos! – de que o que sustenta a clínica psicanalítica de crianças é justamente que estas não sejam consideradas enquanto tais, mas apenas a partir daquilo que as tornaria indistintas, isto é, nem autistas, nem crianças, nem adultos, apenas como sujeitos. Mais precisamente, o que a orientação lefortiana nos parece sugerir consiste em nos atermos a uma visada exclusivamente ou essencialmente estrutural, contrária à pregnância imaginária e objetivista de categorias pseudo-analíticas como aquela de ‘criança’, ‘adolescente’ e ‘adulto’, ou mesmo ‘autista’.

Mas, tal posição de *direito* por parte do analista seria *de fato* possível? Pode mesmo o clínico abandonar em absoluto sua compreensão intuitiva do que seria uma criança e/ou um adulto? E seria isso efetivamente salutar para o tratamento? Em que medida?

Deve-se aqui notar que a orientação do casal Lefort não é no sentido de negar a existência de certas particularidades no tratamento de crianças. De fato, parece pouco provável que uma criança de tenra idade passe a sessão deitada no divã associando livremente. Mas, para além de questões de manejo direto, é importante notarmos que mesmo de um ponto de vista estritamente epistêmico, a afirmação de uma absoluta ausência de diferentes modalidades do sujeito, que estariam diferentemente situados com respeito ao Outro, seria incorreta. Lembremos quanto a isso e em linhas gerais, que ou o Outro é afetado pela falta, o que responde a uma neurose, ou então ao Outro nada falta, o que nos leva ao campo da psicose (Lefort, 1991). Ou ainda, que o Outro não existe, como no autismo, segundo os Lefort (Lefort & Lefort, 2017, p. 12). Nesse sentido, recusar, por exemplo, rapidamente, toda e qualquer especificidade ao tratamento de crianças implica tacitamente a crença de que uma concepção estrutural do sujeito necessariamente exclui toda e qualquer forma de diferença. Isso não é verdade, pois a própria orientação psicanalítica se nega a opor as ideias de ‘diferença’ e de ‘estrutura’. Ao contrário, justamente a categoria de ‘sujeito’ - enquanto categoria estrutural - torna possível construir uma multiplicidade de diferentes posições subjetivas, isto é, diferentes maneiras do ser falante responder eticamente no interior da ordem do significante diante do Outro

(por exemplo, responder autisticamente, fobicamente, neuroticamente, etc, perante o Outro).

E assim, segundo os Lefort, a visada estrutural do tratamento de sujeitos enquanto sujeitos não constitui uma estática, mas ao contrário permite uma leitura bastante dinâmica deste processo de responder diante de um Outro, fazendo inclusive com que, inversamente, a negação da visada estrutural viesse testemunhar a pregnância das maneiras usuais, imaginárias, diríamos, psicogenéticas, da cronologia e do desenvolvimento na questão do sujeito em psicanálise.

Desta maneira, o que o argumento deles nos sugere é que, menos do que focar nas convenções sociais acerca das etapas cronológicas do desenvolvimento, o uso clínico da concepção de sujeito orientaria o clínico a reconhecer que tal concepção abrange o reconhecimento da pluralidade dos modos de *localização do sujeito na sua relação com o Outro, para além de sua idade aparente ou de sua enfermidade manifesta*. Quanto a isso nos dizem os psicanalistas:

O giro assim operado é radical para a psicanálise com crianças, já que implica não um desenvolvimento que deixaria na expectativa de maturação do *infans* toda a articulação do fenômeno analítico, mas uma estrutura que é a do significativo, na qual a criança é imersa desde antes de seu nascimento e na qual ela se humaniza (Lefort & Lefort, 1997, p. 09).

Afirmamos deste modo, tal como aprendemos com os Lefort, que a idade cronológica não se apresenta como uma coordenada do sujeito, como, ao contrário, suas coordenadas seriam aquelas formadas pela “estrutura, pelo significativo e pela relação com o Outro” (Lefort, 1991, p. 13).

Com respeito ainda ao desenvolvimento, e se questionando sobre o grande número de perturbações corporais que se verificam nas crianças autistas, encontramos o argumento de Colette Soler (2007) para quem “a perturbação da relação com o Outro não pode deixar de ter consequências no corpo em que o corpo do simbólico se incorpora” (p. 72). Maleval (2015) também compreende que certos comportamentos presentes no autista - tais como “estrabismo, ecoprese ou retenção de fezes, anorexia ou bulimia, urros intermináveis ou ausência de apelo” (p. 18) – são a consequência da retenção dos objetos pulsionais pelo sujeito e não o efeito de alguma condição orgânica qualquer. Neste sentido e ainda de acordo com o autor, no autismo, “uma recusa do apelo ao Outro, presente desde o início, gera uma dificuldade de entrar na troca e no laço social. A retenção da voz tem graves consequências: ela faz obstáculo à inscrição do ser do sujeito no campo do Outro” (Maleval, 2015, p. 18). Portanto, segundo esses autores e na esteira do entendimento



lefortiano, todas essas perturbações seriam efeito da dialética travada entre o sujeito e o Outro - no qual está implicado o próprio desenvolvimento pulsional - e não efeito de problemas orgânicos e de desenvolvimento. Vemos com isso então uma radical reorientação clínica em direção ao sujeito, ao mesmo tempo estrutural e pluralista, e que nos indica uma inversão nos termos com respeito às teorias organogênicas e mesmo psicogênicas: *para a psicanálise, a posição do sujeito não seria dependente do desenvolvimento, mas, ao contrário, o desenvolvimento é que seria dependente da posição do sujeito.*

Toda teoria que propõe o desenvolvimento como natural deixa passar necessariamente as questões que nos são postas, e sobretudo no nível das psicoses infantis; pela boa razão que se trata, não de um desenvolvimento natural, mas da dialética do objeto, do Outro: o sujeito nasce no nível do significante (Lefort & Lefort, 2010, p. 136).

Esta afirmação dos psicanalistas - opondo o desenvolvimento à dialética (ética do sujeito) - não nos interessa apenas porque, ao evocar a psicose infantil, assinala que o desenvolvimento não tem nada de natural, mas, principalmente porque situa novamente para nós a dialética do sujeito, do objeto e do Outro como coordenadas para a atividade do analista. Ou seja, quando afirmam que o sujeito nasce no nível do significante, os autores não estariam dizendo que o sujeito surge após um processo de desenvolvimento, mas sim estariam privilegiando a posição do sujeito com respeito ao objeto e o Outro (a qualquer tempo), contribuindo assim para a situação do ato analítico.

Eis então que a partir das coordenadas estruturais, Rosine e Robert Lefort acreditam que todo e qualquer ser de linguagem, na posição de sujeito, sempre pode responder por si, o que não impede que o faça sempre de uma maneira particular. No trabalho clínico essa orientação nos é de grande valia, pois, por exemplo, apesar da relação da criança com os pais estar necessariamente implicada na constituição da subjetividade, o sujeito em tratamento não se confunde. Ou seja, a participação dos pais no trabalho clínico pode ser essencial, mas somente o sujeito em tratamento poderá responder por si. Quanto a isso, diz Tendlarz (2015): “os pais transmitem como funcionou neles o objeto, o gozo e o saber, e cada um faz isso a sua maneira. Logo se produz a eleição do sujeito” (Tendlarz, 2015, p. 110). Por essa razão mesma, Rosine Lefort (1991) diz que cabe à criança em análise se afastar do discurso dos pais e encontrar seu próprio discurso (Lefort, 1991, p. 11).

É a partir desses motivos até aqui apresentados que devemos entender o que fundamenta e justifica a clínica lefortiana com crianças institucionalizadas, onde por

muitas vezes suas histórias pessoais se resumiam ao que seus prontuários médicos podiam delas dizer. Contudo e

[...] certamente, o anonimato dos cuidados recebidos por essas crianças teve consequências flagrantes e impressionantes sobre seu aspecto e déficit sócio-estaturó-ponderal. Mas a estrutura que cada uma delas apresenta não pode, em nenhum caso, ser atribuída a uma síndrome de hospitalismo ou outra. A síndrome aparece como elemento acrescentado posteriormente, referente a um déficit das relações, mas em nada como um fator etiológico na estrutura desses sujeitos *infans*, de sua emergência respectiva no significante ou da divisão própria a cada um entre o Outro da palavra e o objeto *a* (Lefort, 1997, p. 12).

Efetivamente, Rosine Lefort mesmo diante desse cenário de violenta dessubjetivação, não deixa de se ater ao conteúdo estrutural referente à posição do sujeito no Outro. Com isso, é louvável sua defesa da condição do sujeito como aquele único capaz de responder por sua posição. Por conta desse modo de compreensão e encaminhamento clínico é que Rosine Lefort pôde definir a posição estrutural de cada um de seus pacientes de maneira diversa, embora, segundo ela, todos sofressem, ao menos de maneira descritiva, daquilo que a literatura convencionou chamar de Síndrome de hospitalismo<sup>18</sup> (Lefort, 1997, p. 12). Vejamos em síntese o que a própria Rosine Lefort diz quanto a isso, contrapondo a posição de Nádia, uma neurose, com a de Marie-Françoise, um autismo;

Nádia, que estando separada de sua mãe desde o nascimento só conheceu o ambiente dos berçários-hospitais – provou estar na expectativa de desenvolver sua relação com o mundo desde que lhe oferecessem a presença de um Outro. Como analista, assumi este lugar em seu tratamento. A partir de seu próprio lugar como objeto *a* enquanto olhar, do qual fiz tanto caso quando a encontrei, ela realizou uma estruturação entre o objeto e o Outro da palavra. Nádia, em seu abandono, partiu do objeto e não do Outro, demasiado mutável e indefinido para que encontrasse nele o apoio de uma identificação primordial (Lefort, 1997, p. 12);

Para Marie-Françoise é também do Outro que se trata, mas exclusivamente, sem relação com o objeto, que permanece estritamente num real impossível. Separada de sua mãe (esta a abandonara aos dois e aos doze meses) e após passar um período com uma ama-de-leite, a menina não tinha lugar como objeto do Outro, nem a possibilidade de retirar dele objeto algum, já que seu autismo se devia a um Outro absoluto e sem falha. Suas longas estadias nos hospitais eram-lhe apenas ocasião

---

18 René Spitz, (1887-1974) psiquiatra infantil com formação psicanalítica, estudou as consequências da ausência materna em bebês hospitalizados e concluiu que suas perturbações somáticas e psíquicas eram resultado desta ausência e dos cuidados anônimos dispensados na instituição. Spitz designou por Hospitalismo o conjunto dessas perturbações: atraso no desenvolvimento corporal, atraso na aquisição da linguagem, dificuldades na habilidade manual e na adaptação ao meio ambiente, além de uma menor resistência às doenças. Segundo ele, os efeitos do Hospitalismo podem ser duradouros e muitas vezes irreversíveis.

para verificar e permanecer imutável nesta estrutura ‘congelada’ (Lefort, 1997, p. 13).

No entanto, se por um lado vemos mais uma vez que a questão da posição do sujeito para Rosine Lefort é posta logo de saída, por outro, e uma vez radicalmente separado de sua natureza animal, vemos que o processo de advir como sujeito torna-se, portanto, contingente. É isto o que Rosine nota quando contrapõe os atendimentos de Nadia e de Marie-Françoise; enquanto Nadia, “*a partir de seu próprio lugar como objeto a enquanto olhar*” estava na “*expectativa de desenvolver sua relação com o mundo*”, Marie -Françoise “*não tinha lugar como objeto do Outro, nem a possibilidade de retirar dele objeto algum, já que seu autismo se devia a um Outro absoluto e sem falha*”. Ou seja, tanto Nadia quanto Marie-Françoise, cada uma a sua maneira, conforme suas possibilidades estruturais, estavam em condição de advir enquanto sujeito no seu encontro com a analista. Segundo Rosine Lefort,

A elaboração de Freud e de Lacan é inteiramente centrada nesse sujeito, não apenas enquanto ser falante, mas enquanto prematuro ao nascer, o que faz com que seja através da imagem do Outro que o homem encontra o recorte unitário de seu corpo. A realidade, diz Lacan, é conquistada inicialmente sob a forma virtual da imagem do corpo” (1991, p. 17).

É notável que nesta citação Rosine situe a passagem da condição prematura do recém-nascido ao ‘recorte unitário de seu corpo’ por intermédio da “forma virtual da imagem do corpo”. A referência ao Estádio do Espelho é efetivamente bastante clara no que pretende assinalar. A unidade do corpo próprio não está dada e é preciso a intervenção do desejo do Outro para que ela possa ser obtida. Não é difícil percebermos que essa não-necessidade, em vez de contrariar a proposição freudiana *onde isso era, eu devo advir* (Freud, 1933/1996, p. 84), ao contrário, confirma-a de maneira exemplar: se o Eu *deve* ainda advir através da incidência do desejo do Outro sobre um fundo pulsional originário, então ele (o sujeito) pode não fazê-lo; a passagem em questão implica a existência de um risco não eliminável nesse processo.

No entanto, se todo este esquema nos indica que se por um lado o Eu é capaz de se reconhecer enquanto imagem de si mesmo, o sujeito não se reduz a imagem do Eu, permanecendo sempre em condição de advir. Neste sentido, o sujeito, por definição, se apresenta como uma falha na imagem, como uma incompletude no esquema imaginário. Como nos diz Lacan,

[...] não é na via da consciência que o sujeito se reconhece, existe outra coisa e um mais além. Sendo este mais além fundamentalmente desconhecido pelo sujeito,

fora do alcance de seu conhecimento, ele coloca, ao mesmo tempo, a questão de sua estrutura, de sua origem, de seu sentido” (1956-57/1995, p. 16).

Estamos advertidos da diferença lacaniana entre o Eu e o Sujeito, mas a referência ao narcisismo é interessante na medida em que permite assinalar que se, por um lado, a situação original não é aquela de uma existência, mas ao contrário de um ser que justamente não está dado originalmente, por outro, que tal constituição não deve ser pensada em termos de uma realidade, mas de um problema de ordem ética.

Gostaria aqui de advertir o leitor que não estou confundindo a questão narcísica do eu com aquela do sujeito, mas apenas pretendendo indicar o quanto uma visão naturalista do desenvolvimento do psiquismo é embargada pela perspectiva psicanalítica desde Freud. Ou seja, que o Eu precise de uma ação suplementar para surgir já indica a sua ausência de natureza. Ou seja, ele não é da ordem de um processo natural.

A consequência que extraímos desse esquema, então, não nos permite negar que o sujeito e o Eu possam não emergir - algo implicado por definição pela ausência de natureza da condição pulsional humana - mas, tampouco deve nos levar a fazer uma teoria da constituição do sujeito ou do Eu em termos realistas, algo que já nos propusemos a ultrapassar no capítulo anterior. Eis que, retomando os argumentos anteriores, devemos rebater o tema da constituição do sujeito sob seu aspecto acima de tudo clínico. Ou seja, se no processo de “constituição” do sujeito o que está em jogo é o desejo do Outro, ao transpor essa situação para o interior do laço analítico, o operador fundamental será o desejo do analista.

Se a proposição freudiana - *onde isso era, eu devo advir* - é entendida como uma passagem de um modo de ser a outro - isto é, como um problema relativo à constituição do sujeito - abandonamos, a meu ver, uma postura clínica a ser adotada pelo analista diante de seu analisante. Neste sentido, a proposição não deveria ser compreendida como se referindo à constituição do sujeito, mas ao desejo do analista e a direção do tratamento. A frase enuncia, nesse sentido, uma máxima adotada pelo analista, e não deve ser apreendida de maneira descritiva (o que acarretaria uma interpretação desenvolvimentista). *É o tratamento que visa a emergência do sujeito, tendo como operador o desejo do analista e sua posição na transferência.* Neste caso, o sujeito se torna o próprio intervalo capaz de sustentar a passagem à imagem de si e portanto, ele não está nem em um lugar nem em outro.

Lembremos que para Rosine Lefort, o Outro simbólico no autismo não se constitui como tal, o que a leva a firmar que no autismo não há Outro. Por conta disso é que a

analista se refere ao Outro de Marie-Françoise como “*um Outro absoluto e sem falha*” (Lefort, 1997, p. 13). Ou seja à inexistência do Outro ela equivale um Outro absoluto, não barrado. Quanto à obra *O Nascimento do Outro* (1984), Laurent (2014) irá dizer que

[...] a audácia do livro foi fazer entender de uma maneira nova as consequências da presença do simbólico no mundo do sujeito, o simbólico ‘sempre já aí’. O Outro pode ‘estar aí’ e, ao mesmo tempo, não ter existência para um sujeito. É designado, então como ‘o Outro que não existe’. As crianças de que os Lefort falavam em sua obra – Nadia e Marie Françoise – demonstravam de maneira própria os paradoxos do Outro a que estavam submetidas (p. 38).

Tendo isto em mente, consideramos que não deveríamos então nos deixar enganar por aquilo que uma leitura apressada d’*O nascimento do Outro* (1984) poderia sugerir. Menos do que questionar se existe ou não sujeito ou Outro, a questão clínica se apresenta pautada na posição do analista como aquela necessária para ‘questionar’ e ‘transformar’ o estatuto do Outro e, assim, do sujeito<sup>19</sup>, através da posta em prática do desejo do analista. Por isso, nos parece que os próprios Lefort assumem uma perspectiva propriamente clínica neste trabalho, ao se dirigir já de saída ao analisante como sujeito, isto é, alguém em condição de advir e capaz de responder por si pelos efeitos de uma dada posição já assumida diante do Outro da linguagem. Considerando, portanto, a dialética sujeito-Outro, é que Rosine Lefort (1991) afirma que, tanto quanto no caso da clínica de adultos, também se trata do “*estatuto do Outro e da transformação desse estatuto no interior, no desenrolar do tratamento analítico da criança*” (Lefort, 1991, p 12, grifo nosso).

Com essas duas apresentações do sujeito, a saber, enquanto posição no universo de linguagem e, aqui para nós nesse momento, enquanto efeito da incidência do desejo do analista, podemos então notar que estamos diante de uma estrutura circular que se configura, a nosso ver, como o foco principal da orientação lefortiana. A frase de Hélène Deltombe (2010) ilustra bem nosso argumento e o problema que estamos tratando: “existe a psicanálise, com uma criança, enquanto sujeito que demanda vir a ser” (Deltombe, 2010, p. 59). O sujeito é, ao mesmo tempo, aquele a quem o analista se dirige, mas também o efeito desse endereçamento - ele é, ao mesmo tempo, aquele que já está lá como suposto mas também aquele que, em função desse ato concreto de pressuposição, deverá advir. E assim, não só retomamos o argumento com que finalizamos o capítulo anterior, mas com ele já podemos ir traçando um pequeno esboço da extensão do uso clínico do *sujeito*

---

<sup>19</sup> Lembrando que na última parte deste capítulo será o atendimento de Marie-Françoise o que acompanharemos como exemplar deste argumento.

produzida pelos Lefort – a categoria ‘*sujeito*’ *recai sobre aquele e somente aquele que pode responder à questão: o que fez do saber, do gozo e do objeto que lhe foram oferecidos por seus pais?* (Lefort & Lefort, 2010).

Para nós, essa é uma espécie de versão lefortiana da referência feita por Freud (1913/1996) ao “conquista para fazer teu aquilo que herdaste de teus pais” (Freud, 1913/1996, p. 160). Ou ainda, dizendo de outro modo e conforme Lustoza (2009) “[...] é preciso entender que uma das características do sujeito é ser um “projeto”, arremessando-se rumo ao futuro, antecipando como possível o que não é ainda. Ao colocar um futuro como devendo ser, o passado passa a ser visto como uma preparação do porvir” (p. 95). E, na versão lacaniana, citado por Lustoza (2009): “Só fui assim para me transformar no que posso ser” (Lacan *apud* Lustoza, 2009, p. 95).

Gostaríamos de fazer notar uma espécie de circularidade existente entre o discurso analítico e a questão do sujeito; uma circularidade que, entretanto, não deve ser entendida como uma falta de rigor em seu raciocínio, mas como um operador fundamental de nossa prática. A prática analítica é, por definição, orientada na direção do sujeito; tal direção, ao pressupor o sujeito como interlocutor privilegiado do discurso analítico como existindo *de direito*, acaba produzindo efeitos reais, ao permitir, justamente por conta disso, que ele possa *de fato* advir.

Essa espécie de remissão ou circularidade pode ser depreendida da leitura que fazemos dos processos simbólicos envolvidos na constituição do sujeito, por exemplo, no Grafo do Desejo, tal como apresentado por Lacan (1958-59/2016). Nos servindo de Žizek (1992), compreendemos que o Grafo trata do processo de interpelação dos indivíduos como sujeitos e, nesse sentido, o sujeito é sempre pressuposto – percebido como algo que sempre existiu - o que responde pelo efeito retroativo enunciado pelo próprio Grafo. Ou seja, a ideia de que o sujeito ocupa simultaneamente o lugar de alguém a quem me endereço e de alguém que ainda deve advir; ou seja, a única maneira a partir da qual um sujeito pode advir em análise é considerando do ponto de vista ético que isso já ocorreu! E isso também é verdade mesmo se invertermos o sentido da proposição do sujeito: o sujeito, na medida em que é definido como uma categoria propriamente ética, somente pode ser considerado efetivamente como posto já de saída. Enfim, como o estatuto do sujeito é de ordem ética, ou o consideramos como desde sempre já posto ou ele nunca poderá advir.

Assim, consideramos que o posicionamento dos Lefort de afirmarem a unidade da psicanálise enquanto prática centrada na posição do sujeito baseia-se na transposição

desse círculo que seria o da constituição do sujeito para o próprio coração do dispositivo analítico. E, fazendo isso, isto é, deslocando o problema da gênese do sujeito para o da estrutura do discurso analítico, fornecem uma verdadeira orientação para a prática clínica psicanalítica como um todo no que concerne à direção de tratamento, um tratamento cujo domínio a partir daí pode ser expandido a todas as modalidades possíveis de sujeito. Esta transposição de uma questão referida aos temas da gênese e da constituição do sujeito para o interior da estrutura de um laço atual – isto é, para o interior do discurso analítico – fornece assim uma chave essencial para a compreensão do que seria a posição do sujeito no autismo para os Lefort, conforme abordaremos na última parte desse capítulo.

### 3.2 A ESTRUTURA E A FUNÇÃO DO DESEJO DO ANALISTA EM ROSINE LEFORT

Podemos então agora abordar a contraparte dessa aposta no sujeito no laço analítico sob a forma de uma tentativa de pensá-lo a partir de seu valor operacional clínico, e, com isso, passamos a considerar qual seria a posição do analista e a função de seu desejo implicados no tratamento. Assim, à aposta no sujeito enquanto operador na prática analítica corresponde essencialmente o desejo do analista, que seria, nesse caso, referido ao exercício da função requerida para deslocar o analisante de seu lugar de objeto do Outro, advindo como sujeito.

Com o que pudemos articular até esse momento dessa dissertação, compreendemos que, menos do que nos debruçarmos em *como* Rosine Lefort pôde exercer seus atendimentos, algo que somente nos viria a apontar para a singularidade de sua própria análise, nos pareceu mais profícuo pensar *a partir* de sua posição enquanto analista. Ou seja, nossa proposta nesta seção da dissertação não é no sentido de tentarmos fazer a análise do passe que Rosine Lefort possa ter feito, mas de reconstruirmos aquilo que sustentava sua posição como analista.

Conforme argumentamos na seção anterior, se para a “constituição” do sujeito o que está em jogo é o desejo do Outro, na relação analítica o desejo em jogo é o desejo do analista. É importante, portanto, não confundirmos o desejo do analista com o desejo do Outro, embora não seja tão fácil fazermos esta distinção. Muitas vezes parece que Lacan mesmo identifica ambos, mas acreditamos que não é isso que ele pretende. Tomemos a título de exemplo uma das passagens onde encontramos a expressão ‘desejo do



psicanalista' e justamente quando Lacan procurava respostas para o fundamento da posição do psicanalista e da função de seu desejo: "No fim das contas, com que desejo o sujeito vai se confrontar na análise senão com o desejo do analista?" (Lacan, 1958-59/2016, p. 518). Segundo ele,

O problema da análise reside na situação paradoxal em que se encontra o desejo do Outro que o sujeito haverá de reencontrar, nosso desejo, por demais presente no que o sujeito supõe que lhe demandamos. Com efeito, o desejo do Outro, que é para nós o desejo do sujeito, não devemos guiá-lo para o nosso desejo, mas para um outro. Amadurecemos o desejo do sujeito para outro, não para nós. Estamos na posição paradoxal de sermos os casamenteiros do desejo, seus parteiros, aqueles que presidem a seu advento" (Lacan, 1958-59/2016, p. 518).

Lacan (1958-59/2016) nesta passagem está se referindo ao artifício da regra analítica, graças ao qual, o analista se oferece como suporte para as demandas do paciente diante do desejo do Outro, sem responder, no entanto, a nenhuma dessas demandas, isto é, sem responder do lugar do Outro (Lacan, 1958-59/2016, p. 519). Sem responder do lugar do Outro do sujeito e, assim, enquanto uma verdadeira alteridade, é que o desejo do sujeito pode emergir. Em suma, pela própria dinâmica da estrutura de um tratamento analítico, compreendemos que o analista será convocado inicialmente a ocupar diferentes lugares enquanto representante do Outro para o sujeito-analisante, mas, sua posição enquanto analista, e que concerne a não responder do lugar do Outro, estará, então, necessariamente implicada com seu desejo. Vejamos como podemos desdobrar isso.

Lembremos que na prática analítica, o campo da linguagem para um sujeito pode se apresentar de diferentes formas, a depender da posição deste sujeito no Outro. As estruturas clínicas atestam os diferentes posicionamentos possíveis ao *infans* e, diante desses diferentes posicionamentos do sujeito o analista poderá ocupar diferentes lugares na estrutura do significante e nas relações com o objeto (Soler, 2007). Neste sentido, Robert Lefort (1991) nos diz:

Sabe-se que o Outro pode não ser barrado, ou seja, não ser marcado pela falta, e aparecer como um, o um do gozo: é o que demonstra Robert [o menino lobo], ao se oferecer como objeto do gozo do Outro. A criança pode também se propor como [objeto] *a* para preencher o Outro na situação perversa. Esse lugar da criança como [objeto] *a* do Outro deve ser sempre questionado, seja na pedagogia, na ortopedia ou na análise, mediante a transferência (Lefort, 1991, p. 14).

Nessa passagem, em primeiro lugar Robert Lefort nos orienta a não receber o analisante no lugar que ele convoca o analista a ser recebido, pois a relação intersubjetiva pode aparecer, por exemplo, sob a forma de um objeto do gozo para preencher o Outro. Em segundo lugar, a passagem indica que, ao questionar o lugar que o sujeito ocupa

perante o Outro, é o estatuto de ambos os componentes desta relação (o sujeito e o Outro) que será interrogado. E, em terceiro lugar, que isso será operado a partir da posição do analista na transferência.

Com isso, o que Robert Lefort nos indica são as diferentes modalidades do sujeito em tratamento e consequentemente os diferentes lugares que o analista é convocado a assumir enquanto representante do Outro do analisante. Segundo Soler (2007), “no que concerne ao discurso do analista no caso da neurose, o analista fica no lugar do objeto, uma vez que sustenta a transferência de saber. Quanto à psicose, creio que essa pergunta não recebe uma resposta universal: é possível que sejamos levados a estabelecer diferenças entre a paranoia, a esquizofrenia e o autismo (p. 66-67).

De fato, o lugar que o analista é convocado a ocupar no laço analítico será referido à posição estrutural do sujeito em tratamento e, como afirma Rosine Lefort (1991)

[...] é este estatuto que iremos questionar, e veremos que a criança, justamente, está inteiramente apta a nos fazer acompanhar essa transformação do Outro no interior de um tratamento, sob a condição de que o analista entenda a dimensão da transferência. Mais do que a história da criança, é com esse real que vamos nos confrontar (Lefort, 1991, p. 12).

Rosine Lefort na passagem acima está nos apontando o tema relativo à posição do analista. Ou seja, a posição que o analista deve ocupar na transferência de tal maneira que torne possível ao sujeito questionar o estatuto de seu Outro. Ora, com isso já podemos aqui marcar uma possível diferença entre lugar do analista e posição do analista – por um lado, o lugar será aquele que o analista será convocado a ocupar pelo analisante em razão de sua posição de sujeito na estrutura da linguagem, nas suas relações com o objeto e o Outro, por outro, a posição será aquela requerida pelo trabalho analítico na relação transferencial para questionar o estatuto do Outro do analisante.

Essa inclusive pode ser uma das balizas que nos permite situar a diferença entre o desejo do Outro e o desejo do analista. O analista, enquanto parceiro na relação transferencial, convocado a responder de um certo lugar, terá como tarefa não responder ao analisante do lugar do Outro, o qual inclui, em sua visada, a tomada narcísica do sujeito em posição de objeto. Tal diferença seria o equivalente, no tocante ao desejo do analista, a *se oferecer como suporte para as demandas do paciente sem responder, no entanto, a nenhuma*, como Lacan (1958-59/2016) nos indicou. E isso seria o mesmo que dizer que o analista não agirá em sua prática *como o Outro* do analisante, mas sim *sobre este Outro* do analisante. Eis que o desejo do analista pode funcionar como um enigma, como um desejo completamente novo e capaz de permitir uma *transformação no próprio estatuto*

*do Outro do analisante*. Nesse sentido, nos parece que a tarefa do analista em seu desejo é a de não cair no engodo de uma reciprocidade imaginária capaz de confirmar o lugar com que o sujeito se apresenta no tratamento, em vez de ajudá-lo a colocá-lo em questão. Quanto a isso, Esthela Solano-Suárez (2010), se referindo ao tratamento do menino Robert (menino-lobo) conduzido por Rosine Lefort, nos diz que diante dele

Rosine não adota uma posição educativa ou médica, ela não se propõe a adestrar esta criança impossível, mas de analisá-la. Esse retrato de Rosine Lefort põe em relevo os pontos em torno dos quais se declina sua posição (Solano-Suárez, 2010, p. 26).

Mas então, se nem uma posição maternal, educativa ou médica, qual seria a posição que a analista Rosine Lefort ocupava efetivamente diante de Roberto? Colette Soler (2007) se pergunta sobre qual seria a encarnação do desejo do analista que Rosine Lefort apresentava a Robert, se certamente ela não queria ser a mãe, ou o substituto da mãe perdida? Vejamos o que nos indica a própria Rosine Lefort (2017) na seguinte passagem:

Aconteceu que, para além de toda confrontação ao tratamento maternal, pude manter e sustentar minha interpretação nesse nível da falta, e jamais no nível do objeto. A interpretação no nível do objeto, enquanto tal, pode muito bem colocar o pequeno analisante numa situação de tapa-buracos e até gerar a depressão do analista; em contrapartida, o nível da interpretação no registro simbólico da falta alivia a criança, pelo fato de que o analista não lhe impõe um objeto real para uma suposta satisfação, em um absoluto contrassenso. O objeto real, assim imposto, torna-se forçosamente persecutório [...] (Lefort & Lefort, 2017, p. 19).

Assim, mesmo que o analisante convoque o analista a ocupar um determinado lugar, demandando com isso, como diz Rosine Lefort, uma *suposta satisfação*, o analista na sua posição deve estar advertido da impossibilidade do encontro com um objeto ou um bem capaz de obturar a falta de determinação natural constitutiva do sujeito – falta essa enquanto efeito promovido pela inserção humana na ordem da linguagem. Segundo se depreende da passagem acima, oferecer um objeto para tamponar essa falta estrutural seria, por isso mesmo, equivalente a ocupar o lugar do Outro intrusivo e obturador. É justamente isso o que nos diz Rosine Lefort (2017) com respeito a posição que adota nesta passagem do tratamento de Marie-Françoise:

O que Marie-Françoise pretendia era reproduzir comigo esta situação de alimentação, em que ela estaria completamente passiva, tanto comigo quanto com a enfermeira. Nas primeiras sessões, apenas esboça alguns signos de uma tal reprodução. São esses signos, aliás, que provocam minha recusa explícita de alimentá-la, a menos que ela o demande. É esse saber que me anima e essa certeza

de que eu não devo tomar o lugar intrusivo do Outro alimentador, a fim de que ela possa sair de sua passividade (Lefort & Lefort, 2017, p. 19).

Rosine Lefort aqui está se referindo ao saber necessário para que ela, enquanto analista, não venha ocupar o lugar do Outro do paciente. Marie-Françoise a convocava a ocupar um lugar ativo diante de sua passividade. Ou seja, convocava a analista a reproduzir com ela sua posição de objeto do Outro. Rosine Lefort recusa reproduzir essa cena com a menina, *a menos que ela o demande*.

Rosine Lefort nos conta que essa recusa em alimentá-la não era fruto de uma posição que ignora o saber que anima o que faz, mas, pelo contrário, segundo a psicanalista “*é esse saber que me anima e essa certeza de que eu não devo tomar o lugar intrusivo do Outro alimentador, a fim de que ela possa sair de sua passividade*”. Ousamos traduzir esta frase da seguinte forma: *há um saber que sustenta sua posição como a necessária para que o sujeito possa advir*. E, com isso podemos nos interrogar: que saber seria esse? Qual saber seria esse, uma vez que temos argumentado que cabe ao analista se abster de responder a partir do lugar do mestre que sabe, do lugar do Outro do Saber?

Em *Variantes do tratamento-padrão*, Lacan (1955/1998) articula a formação do analista com a douda ignorância. Neste texto, Lacan (1955/1998) se refere à douda ignorância não como “uma negação do saber e sim sua forma mais elaborada” (p. 360). Lacan (1955/1998), ainda nos adverte dizendo que “O inconsciente se fecha, com efeito, na medida em que o analista deixa de ser o portador da fala, por já saber e ou acreditar saber o que ela tem a dizer” (p. 361). Nos parece então, que a douda ignorância a que se refere Lacan não diz respeito apenas à teoria psicanalítica, mas está sobretudo implicada ao saber que o analista-analisante pode obter no trabalho de elaboração em sua própria análise. Em outras palavras, é em análise que o analisante-analista adquire o saber que lhe torna possível na sua escuta separar o imaginário do significante, mantendo um dizer em aberto - a indeterminação a qual se referia Lustoza (2009) - responsável pela emergência do sujeito. Seria por conta da elaboração desse saber, que também se alicerça no que outros puderam transmitir disso, que Rosine Lefort pôde, ao menos na passagem acima, sustentar sua interpretação no nível de um dizer, de uma *operação significativa*, e não a favor de um suposto objeto de satisfação, o que a levaria a alimentar Marie-Françoise.

Lacan (1958/1998) no texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* indica que na condução do tratamento o analista deve operar na interpretação a partir de

sua posição na transferência e de sua falta-a-ser (Lacan, 1958/1998, p. 596). De acordo com Lacan neste texto, ao analista cabe dirigir a cura e não o paciente, sendo que para isso não lhe cabe demandar ou querer, educar, ensinar, ou ainda assumir uma posição compreensiva no tocante ao paciente. Esta se configura então como a posição do analista que vem assinalar a política que comandará a estratégia e a tática analíticas. São nestes termos que Lacan (1958/1998) enfatiza que o analista será menos livre em sua política que em sua estratégia e tática: na análise “[o analista] faria melhor situando-se em sua falta-à-ser do que em seu ser.” (1958/1998, p. 596). Em resumo, segundo Lacan (1958/1998), a política a qual o analista está submetido diz respeito à sua posição - isto é, cabe ao analista se posicionar em sua falta-à-ser. Ora, esta posição nos parece bastante diferente do que seria posicionar-se com seu ser, ou seja, egoicamente. Vilma Cocoz (2010), no que diz respeito à posição de Rosine Lefort enquanto analista, nos diz:

[...] ajudar uma criança em uma posição tão extrema a situar sua própria dificuldade implica uma abnegação considerável, uma docilidade diante da estrutura. Esta posição somente pode ser alcançada renunciando-se a todas as paixões egóicas, ao narcisismo, aos ideais terapêuticos (Cocoz, 2010, p. 15).

Cocoz nos aponta com a citação acima que a posição de Rosine Lefort enquanto analista está implicada em uma renúncia ao que concerne o eu do analista - o próprio ser a que se refere Lacan - representado em seus ideais, paixões, etc. Esta renúncia que é ao mesmo tempo um desejo, parece o exemplo o mais concreto daquilo que Lacan chamava, em seu décimo primeiro Seminário, de *um desejo de diferença absoluta*. Diz Lacan, “o desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta” (1964/2008, p. 267). Ou seja, um desejo que emerge contra os ideais do analista e que não visa saturar o sujeito com objetos e representações, na medida mesma em que esses objetos e representações não encontrariam outra justificativa para serem postos em cena senão aquela fornecida pelos próprios ideais do terapeuta.

Vejamos o que nos Rosine Lefort (2017) quanto a implicação de sua própria análise em seus atendimentos:

Que eu tenha acompanhado essas crianças durante minha própria análise, enquanto trabalhava minha própria relação com a falta, isto é, com a falta do objeto, e não com o engodo do bom objeto a ser encontrado, não foi sem consequências para o centramento dessas crianças sobre a falta, na relação que entretinham com o objeto. Evidentemente, eu não poderia me equivocar e acreditar no papel de uma frustração oral qualquer nessas crianças que eram empanturradas. Ainda mais, minha posição de analisante era tal, que eu não podia senão estar sensível a um vazio que se abria para elas, tal como se abria para mim (Lefort & Lefort, 2017, p. 19).

De acordo com Philippe Lacadée (2010), Rosine se deparou diante de seu Outro com o mesmo buraco, sem significante, o mesmo lugar de objeto, no qual seus pacientes se encontravam. Segundo ele, no entanto, não coube a Rosine adotar uma compreensão imaginária acerca do lugar de seus analisantes, mas o contrário. O que o psicanalista nos indica é que foi a partir de seu próprio lugar de analisante que Rosine Lefort pôde convocar seus pacientes a transformarem o lugar de objeto - aqui para ele, de dejetos - que enquanto sujeito ocupavam em seu Outro. Para ele, “tornar eficiente seu lugar de dejetos não é a mesma coisa que querer ser a mãe completa ou a mãe suficientemente boa” (Lacadée, 2010, p. 67).

Com esses comentários, Lacadée nos faz notar que a posição do analista e seu desejo são contrários à noção de compreensão presente nas abordagens psicogenéticas, tal como criticava Lacan e que tratamos no início do capítulo anterior. Para nós é muito importante lembramos disso nesse ponto, pois o que notamos é uma intimidade, uma complementariedade bastante acentuada entre a noção de compreensão e a utilização de uma técnica referida aos modelos ambientais. Lembremos que a noção de compreensão aponta para uma relação intersubjetiva imaginária, a qual entretanto comparece no tratamento sob a forma de um saber técnico suposto à figura do terapeuta saber o que ‘falta’ ao paciente para atingir um parâmetro preestabelecido de normalidade, para isso aplicando tal técnica que, de nosso ponto de vista, apenas confirmaria o sujeito como objeto do Outro. Ao contrário desse círculo que une a compreensão a uma técnica, a psicanálise interroga a posição do sujeito no interior de seu próprio universo de linguagem, oferecendo ao sujeito o desejo do analista, um desejo separador.

O que Lacadée nos indica é que Rosine Lefort não teria aplicado sobre seus pacientes uma técnica qualquer que a ela mesma teria sido aplicada e, que então, por puro aprendizado ela faria o mesmo com seus pacientes. Pelo contrário, o que o autor nos indica é que, tal como o lugar que ela ocupava no seu Outro pôde ser colocado em questão em sua análise, é que ela pôde fazer o mesmo com seus pacientes – ou seja, ajudá-los a pôr seu Outro em questão no ponto mesmo em que ocupavam a posição de objeto. E, interrogar não é o mesmo que compreender, convenhamos.

Portanto, nos equivocamos se cremos em uma psicanálise puramente pautada em uma técnica. Um analista se posiciona como efeito do percurso de sua própria análise e, justamente por conta disso é que a posição relativa ao seu próprio ser - a douda ignorância - que poderá assumir diante de seus pacientes, será consequência de sua condição analisante e do desejo novo que dessa passagem de analista-analisante pôde assumir.



Lacan (1955/1998), ainda em *Variantes do tratamento Padrão*, faz uma crítica a uma psicanálise tecnicista, apontando que as ‘variantes’, indicadas no título de seu texto, não querem significar uma adaptação do tratamento com base em critérios puramente empíricos, tais como, por exemplo, a variedade dos casos. Segundo Lacan, a expressão ‘variantes do tratamento padrão’ vem expressar uma preocupação com a natureza dos meios e dos fins dessa *práxis*, que inclusive culminam no questionamento de “será que isso ainda é psicanálise?” (Lacan, 1955/1998, p. 327). Algo que ele mesmo responde: uma psicanálise, padrão ou não, é o “tratamento que se espera de um psicanalista” (Lacan, 1955/1998, p. 331). Repetindo, portanto, uma psicanálise é o tratamento conduzido por aquele que, também diante de um psicanalista, também teve o estatuto de seu Outro posto em questão na condição de analisante.

E com isso, se como nos diz Serge Cottet (1982/1989) no livro intitulado *Freud e o Desejo do Psicanalista* que “a questão de seu desejo [do analista] passa a ser solidária à passagem de analisante a analista” (p.183), podemos conceber novamente a unidade da psicanálise, então, não só no que concerne à *centralidade da concepção de sujeito*, conforme apontado pelos Lefort, mas também na própria *posição do psicanalista e de seu desejo*. Isto é, a unidade da psicanálise não estaria assegurada pela unidade de uma técnica, mas pela unidade de uma posição e de um desejo, o que implica justamente o sujeito como interlocutor privilegiado na relação analítica. Portanto, interrogar o analisante na condição de sujeito requer do analista que sua posição e seu desejo do analista sejam de fato operantes enquanto tais naquele caso em particular.

Com isso estamos em uma espécie de dobradiça que coloca necessariamente a posição do analista e de seu desejo como implicados na posição do sujeito enquanto sujeito no seio do tratamento. É pelo fato de ter sido recebida na condição de sujeito em sua própria análise que Rosine pôde então transformar sua posição diante do Outro. A partir de um desejo novo, tornado possível por sua análise, é que Rosine Lefort pôde operar contra a posição de saber do mestre ou de um Outro, renunciando a *ser a mãe completa*, a *ser a mãe suficientemente boa*. Como diz Philippe Lacadée (2010):

Dessa maneira, nós apreendemos como ela pôde operar a partir do lugar do analista, para não ocupar o lugar do Outro para essa criança. Graças à rearticulação desse desejo novo no enquadre de seu próprio tratamento, alguma coisa foi liberada para que ela pudesse operar com essas crianças sem, entretanto, abandonar o eixo da ética analítica que constitui a unidade da psicanálise (Lacadée, 2010, p. 67).



Esse desejo e também a posição do analista, no entanto, não tornam homogêneas para o analista a condição subjetiva dos seus analisantes. Talvez seja bem o contrário. Por conta do desejo do analista e de sua posição, como “função da resposta requerida pelo real em jogo em cada estrutura clínica” (Zenoni, 1991, s/página), é que podemos justificar que tanto o tratamento de Robert, de Marie Françoise e Nádia, quanto o de Marisa, tenham sido todos tratamentos psicanalíticos. Segundo Luciano Elia (2014),

[...] o que fazemos em psicanálise é, por um lado, convocar o sujeito desde uma posição (nossa) que é despojada de toda e qualquer subjetividade – a posição do psicanalista, e, por outro, objetivar a posição subjetiva daquele que fala e assim produz saber de tal modo que esta sua posição delineia-se com uma nitidez cristalina e inequívoca – daí Lacan dizer que ‘nada é mais objetivável do que uma posição subjetiva’. Por isso nossa posição de psicanalista é muito menos vulnerável aos efeitos de subjetividade do que a posição do cientista em geral, pois o sujeito, em nosso dispositivo metodológico, é sempre o outro, é a ele que é dado o lugar exclusivo de sujeito, e jamais operamos de um lugar subjetivo. Nosso ‘outro – e não nosso objeto – é o sujeito, não nós (Elia, 2014, p. 30).

Ou seja, embora estruturas clínicas diversas, os quatro tratamentos clínicos conduzidos por Rosine Lefort anteriormente mencionados estariam todos ancorados na posição do analista no exercício da função de seu desejo (um desejo de diferença, um desejo separador). Ora, justamente por conta do desejo do analista e sua posição é que o analisante poderá ser reconhecido e interpelado na sua singularidade, conforme argumentou Elia. Isso nos leva a concluir que a afirmação lacaniana de que *a psicanálise é o tratamento que se espera de um psicanalista* não se configura como mera tautologia, mas vem apontar para a *práxis* tal como Freud a concebeu, e como indissociável do processo de sua própria análise [do analista].

Cabe repetir, portanto, que a posição que o analista pode ocupar diante das posições subjetivas de seus pacientes é consequência da transformação de sua própria posição no Outro. Esta então se apresenta como a condição necessária para que o sujeito seja interpelado enquanto tal no seio laço analítico e nos forneça, na dialética sujeito-Outro que apresenta, as coordenadas estruturais de sua posição no Outro, tornando possível um tratamento.

### 3.3 MARIE-FRANÇOISE OU O AUTISMO PARA ROSINE E ROBERT LEFORT

Argumentamos nas duas últimas seções deste capítulo que a posição do sujeito no seio do tratamento analítico será baseada na sua relação sob transferência com o analista enquanto representante do Outro para o sujeito. Assim, é que a posição estrutural do

sujeito pela psicanálise lacaniana será baseada na sua relação ao Outro, ao significante e aos objetos pulsionais. Desta forma, a compreensão do autismo pelo casal Lefort levará em consideração essas três coordenadas, tal como pretendemos abordar desde o início deste capítulo.

Nesta seção circunscreveremos o que vem a ser o autismo para o casal Lefort, para isso pautando nosso estudo essencialmente no atendimento clínico de Marie-Françoise realizado por Rosine Lefort, descrito e articulado pela primeira vez no livro *O nascimento do Outro* (1984) e retomado em 2003 no livro *A distinção do autismo* (2017). Entendemos que o caso Marie-Françoise, descrito em suas minúcias pelos autores, é exemplar dos argumentos que desenvolvemos até esse momento quanto ao uso clínico do sujeito, no que demonstra a conjugação da posição do sujeito e o desejo do analista na direção deste tratamento. Por conta disso, nos serviremos exclusivamente das descrições e elaborações tais como nos foram apresentadas pelos autores e em especial por Rosine Lefort, quem conduziu o tratamento<sup>20</sup>.

No livro *O nascimento do Outro* (1984), Rosine Lefort contrapõe dois atendimentos, o de Nádia, uma menina neurótica de treze meses, e o de Marie-Françoise, uma menina autista de trinta meses. Neste trabalho é possível acompanharmos as hipóteses iniciais de Rosine Lefort que permitiram ao casal Lefort conceituar o autismo como uma a-estrutura, ou seja, não haveria constituição de uma estrutura no autismo na medida em que o autista estaria fora do significante, tornando a estrutura impossível.

No entanto, mesmo que nesta obra o casal Lefort estivesse se referindo ao autismo como uma não-estrutura, já podemos perceber que por essa mesma razão eles o estão diferenciando do campo das psicoses. Essa distinção com a psicose irá se estabelecer com a publicação do segundo livro *A distinção do autismo* (2003/2017) no qual os autores consolidam sua teoria sobre o autismo e, diferentemente do livro anterior, afirmam que haveria uma estrutura autista “[que] viria em quarto lugar entre as grandes estruturas: neurose, psicose, perversão, autismo” (2003/2017, p. 12), e isto mesmo mantendo a hipótese de que no autismo não haveria inscrição significante.

Nesta última publicação, de 2003, podemos acompanhar o esforço do casal Lefort em distinguir o autismo como um modo próprio de posicionamento no campo da

---

20 Cientes da contribuição de Robert Lefort na escrita da discussão teórica do tratamento e como autor dos dois livros em estudo, no entanto, manteremos a citação somente na pessoa de Rosine Lefort no decorrer do texto quando estiver em pauta especificamente a descrição da cena do atendimento feita pela própria psicanalista.

linguagem e que ultrapassaria sua forma de apresentação na infância. Por conta dessa compreensão estrutural do posicionamento autista é que os autores apresentam nesta obra não só as coordenadas que sustentam o diagnóstico de autismo de Marie-Françoise como também apresentam o autismo no adulto com a análise dos relatos de Temple Grandin, Donna Williams e Birger Sellin, figuras públicas que se reconhecem e são reconhecidas como autistas. Porém, o que nos surpreende à primeira vista nesta publicação é que os autores também incluem na estrutura do autismo autores como; Dostoiévski, Lautréamont, Marcel Proust, Edgar Allan Poe e Blaise Pascal, e o fazem a partir de uma análise de seus escritos, aproximando-se de como procederam Freud e Lacan com as memórias de Schreber. Assim, o casal Lefort (2017), argumenta que

[...] a questão do autismo que se apresentou para nós sob o ângulo da estrutura vai além da abordagem clínica de sua forma infantil precoce ou fenomenológica, particularmente redutora, pois fala-se dele em termos de deficit, em função da precocidade neonatal da síndrome. Se a questão da estrutura do autismo se apresenta, ela ocorre em condições bem particulares, uma vez que a dinâmica da transferência se encontra suposta no momento mesmo em que ela nos permite afirmar que o Outro, para o autista, está ausente. (Lefort, 2003/2017, p. 12)

De fato, se o autismo para eles se sustenta como uma quarta estrutura entre as outras, nada mais plausível do que encontrar em diferentes tempos e lugares esta manifestação estrutural; na criança, no adulto e também na literatura. Em todas essas formas de apresentação a pedra angular que sustenta a compreensão lefortiana do autismo está inscrita na proposição; *no autismo não há Outro* (2017, p. 12). Esta compreensão, e que é mantida do início ao fim de sua obra, nos fornece o ponto de partida para pensarmos a posição de Marie-Françoise na estrutura da linguagem e suas consequências no encontro com o Outro na figura da analista, tal como a relação transferencial com Rosine Lefort pôde revelar.

Marie-Françoise foi abandonada pela mãe aos cuidados da assistência pública com a idade de dois meses. Até seus dez meses de vida ela permaneceu em creches, quando então, por um curto tempo, foi alocada na casa de uma família onde ficou até seus doze meses, retornando à creche após este período. Após passar por vários momentos de hospitalização em razão de sua saúde frágil, aos dois anos de idade ela chegou ao instituto Parent de Rosan. Neste instituto, quando contava com trinta meses, iniciou o tratamento com Rosine Lefort, quem a acompanhou por cerca de um ano e dois meses com sessões quase diárias.

Rosine Lefort nos conta que quando iniciou os atendimentos com Marie-Françoise ela não estabelecia nenhum contato com os outros, adultos ou crianças; não falava; apresentava problemas na apreensão dos objetos, somente os tocava com a ponta do dedo indicador e com o nariz; seu olhar estava morto, perdido no vazio e dava a impressão de um muro; negava-se a caminhar e deslocava-se sobre seu traseiro, recusando a ajuda para ser sustentada; balançava todo seu corpo e por vezes sua cabeça e braço; quando tinha ataques de cólera, batia sua própria cabeça contra o piso soltando gritos estridentes; apresentava ainda crises noturnas nas quais rangia os dentes, soltava gritos, sua saliva escorria e os olhos reviravam; também apresentava sintomas de bulimia, após ter sido anoréxica (Lefort, 1984, p. 177-178).

Embora fenomenologicamente muitos dos sintomas que Marie-Françoise apresentava fossem semelhantes aos de Nádia, o que facilmente poderia enquadrá-las em uma síndrome de hospitalismo, já nas primeiras sessões de seu atendimento acompanhamos Rosine Lefort (1984) descrever aquilo que ela mesma intitula como *A loucura: nem a, nem A* (p. 179). Isto é, a psicanalista ultrapassa o diagnóstico médico que fecharia a compressão dos sintomas apresentados pela Marie-Françoise em uma síndrome de hospitalismo, e nos descreve de que maneira “o que caracteriza a relação de objeto de Marie-Françoise é que não existe Outro (A) – e muito menos pequeno outro” (Lefort & Lefort, 1984, p. 182). E assim, diferentemente de uma classificação fenomenológica de seu comportamento, Rosine Lefort foi buscar na relação transferencial com a menina as coordenadas estruturais da sua posição na linguagem. Vejamos o que a afirmação de Rosine Lefort quanto a ausência de Outro (A) e de objetos pulsionais (a) pode nos ensinar.

Inicialmente a analista nota que as outras crianças eram para Marie-Françoise apenas obstáculos reais a serem eliminados quando se opunham entre a menina e os objetos colocados a seu dispor. Segundo a analista, essas crianças não tinham para Marie-Françoise o estatuto de pequenos outros que poderiam despertar seu amor ou a sua inveja em relação à posição de Rosine Lefort enquanto representante do Outro. Ou seja, a menina não parecia agredir as outras crianças em razão de alguma disputa pelo olhar, pela atenção, pela presença de Rosine Lefort enquanto representante do Outro. Se a presença de Rosine Lefort era ignorada na presença de outras crianças, em sessão com a analista não era muito diferente. Segundo a analista, não havia objetos pulsionais (a) destacáveis do corpo do Outro (A), o que fazia de sua presença perante Marie-Françoise, “um objeto entre outros” (p. 182). Em suma, é isto o que a analista na relação transferencial pode perceber inicialmente; que ela não era representante do Outro para Marie-Françoise.

Segundo Rosine Lefort (1984), a postura de Marie-Françoise na sessão se resumia nisto: “ela estabeleceu um contato pouco profundo comigo, mas adquiriu a certeza bem sólida de minha passividade; e os dois reunidos lhe permitem viver seu mundo interior, tanto tranquilizada pela minha intervenção, quanto um pouco protegida por minha presença” (p. 182). A analista assim se fez presente de maneira passiva e permitindo com isso uma espécie de apaziguamento em Marie-Françoise. Diz Rosine Lefort: “devo estar presente e não fazer nada. De uma certa maneira é Marie-Françoise que me intima a agir assim, virando-me as costas e fugindo de mim [...]” (p. 190). De fato, a analista notava que se sua presença podia ser intrusiva havia a necessidade de uma aproximação que não colocasse em jogo os signos desta presença e nem o enigma de seu desejo (Maleval, 2011).

No início dos atendimentos, Marie-Françoise não dirigia à analista nenhuma demanda, mas, ao contrário, realizava uma verdadeira recusa de apelo à Rosine Lefort. Embora a analista estivesse em uma posição de “uma certa maneira, privilegiada” (Lefort & Lefort, 1984, p. 182), não era através da relação com ela que Marie-Françoise se localizava no mundo construído nos atendimentos: “para Marie-Françoise, quanto à sua relação com os outros objetos exteriores, eu estou lá apenas como testemunha, sem que ela me chame a participar de seu debate” (Lefort & Lefort, 1984, p. 275). A analista percebeu que o contato que Marie Françoise estabelecia com os objetos a sua volta, postos na sessão - brinquedos e comidas - não passavam pela relação com a psicanalista: “os objetos-alimentos estão completamente cortados de toda relação comigo, eles não têm nenhuma relação com meu corpo” (Lefort & Lefort, 1984, p. 183). Segundo a autora, Marie Françoise estava sempre pronta a voltar-se para outro objeto que não a ela; como se todos os objetos, inclusive ela, fossem indiferenciados (1984, p. 198). Havia, portanto, tanto uma recusa radical em incluir a analista em seu circuito de objetos como também uma recusa em se dirigir a Rosine Lefort como um representante significativo do Outro.

Rosine Lefort nos descreve então de que maneira o Outro simbólico e o pequeno outro não existiam para Marie-Françoise e as consequências dessa inexistência; “todo o problema de Marie Françoise está, de fato, centrado na ausência do Outro” (Lefort & Lefort, 1984, p. 185). Para a psicanalista, as consequências do Outro não se constituir como tal no autismo seriam que

[...] na transferência eu estou lá, e não existo enquanto Outro, seja o *Outro da imagem*, seja o *Outro do significante*, ou o *Outro portador do objeto*. Não há nem mesmo objeto *a*, pois o objeto pulsional é aquele do Outro, do qual o sujeito o faz

portador. Como Marie-Françoise poderia fazê-lo portador, se para ela não há Outro? (Lefort, 2017, p. 16).

De acordo com Rosine Lefort, esta ausência de Outro seria o responsável pelo seu contato com a menina passar “mais pelo muscular que pelo escópico” (Lefort & Lefort, 1984, p. 183) e, neste sentido, Marie-Françoise “visa mais me destruir do que me ver” (Lefort & Lefort, 1984, p. 183). Esse, aliás, seria o ‘privilégio’ de sua posição em relação aos outros objetos;

[...] o privilégio que tenho é o de receber uma série de bofetadas magistrais. Mas, exatamente como para os outros objetos, ela não manifesta o menor traço de inibição em sua agressão a meu corpo. Ela parece mesmo estar inteiramente satisfeita, tanto quanto posso julgar na ausência de expressividade do olhar que não se acende por isso” (p. 183).

Rosine Lefort (1984) contrapondo a posição de Marie-Françoise com a de Nádia nos diz que para esta “o mundo é para ser visto ou para olhá-la” enquanto que “para Marie-Françoise, o mundo é para ser destruído ou destruí-la” (p. 184). O casal Lefort entende que “esse dominante da destruição/autodestruição compõe a base da relação do autista com o mundo exterior, ao qual permanece completamente estrangeiro, e que constitui, para ele, uma ameaça de intrusão intolerável” (2017, p. 15). Segundo os autores, e diferentemente de Nádia, Marie-Françoise não realizava com os outros uma relação ambivalente, que comportaria reações de afeto e de agressividade, mas, ao contrário, no autismo de Marie-Françoise se tratava apenas de agressividade. Segundo eles, esta seria uma relação qualificada de *tudo ou nada*, consequência da própria ausência do significante – se presente comportaria um fator indeterminante - responsável pela ambivalência.

Na falta de uma instância simbólica mediadora – Outro - o pequeno outro só pode aparecer para o sujeito autista como um objeto real ameaçador. Este seria então o lugar de Rosine Lefort enquanto outro real para a pequena Marie-Françoise. Esta relação com o outro enquanto real seria por conta disso pautada sobre o muscular e não sobre o olhar: na ausência significativa do olhar restava ao sujeito o uso apenas muscular de seu corpo e não um uso significativo. De fato, Rosine Lefort reconhece sua ausência de olhar: “seus olhos sem expressão são como um muro” (2017, p. 17), e em seguida argumenta que se o olhar de Marie-Françoise está morto é porque o Outro não tem furos para serem explorados simbolicamente - não há objetos separados do corpo do Outro.

Contudo, não é só o olhar de Marie-Françoise que está mortificado, mas todo seu desejo. A bulimia da qual sofre Marie-Françoise é o “desmoronamento do desejo próprio

do sujeito, desmoronamento do sujeito enquanto desejante, isto acarretando o desaparecimento do Outro enquanto polo relacional” (Lefort & Lefort, 1984, p. 188). Para a analista, diferentemente da anorexia em que o desejo do Outro ainda estaria em jogo mesmo que para angustiá-lo através da recusa ativa do sujeito, na bulimia “o sujeito torna-se passivo, deixando-se preencher pelo adulto: o que não é mais manifestação pulsional com fim passivo, mas pura passividade” (Lefort & Lefort, 1984, p. 188). Ou seja, enquanto “na anorexia, o Outro é ainda portador deste objeto [a]. Na bulimia, ele não é mais, e o objeto oral cai no real perdendo seu sentido de objeto de corpo” (Lefort & Lefort, 1984, p. 189).

A bulimia de Marie-Françoise seria então mais um dos elementos, juntamente com a ausência de olhar, que viriam indicar a Rosine Lefort que o Outro e seus objetos estão ausentes no autismo de Marie-Françoise e que o sujeito está aí mortificado em seu desejo.

E assim, nesta configuração de agressividade, recusa e passividade é que Rosine Lefort inicia os atendimentos de Marie-Françoise munida de seu desejo sob a forma de um saber analisante: *que para o sujeito advir é necessário que ele seja interpelado como já lá estando, ou seja, interpelado como aquele que pode enquanto sujeito responder por sua própria posição subjetiva*. Este desejo, e que Rosine Lefort parece sustentar do início ao fim dos atendimentos de Marie-Françoise, é o responsável pela posição da analista como aquela necessária para pôr em questão o estatuto do Outro para a pequena menina. E assim nos perguntamos: se o estatuto do Outro para Marie-Françoise é o do Outro ausente, qual será então a encarnação necessária ao desejo de Rosine Lefort para que este estatuto seja posto em questão?

Na relação transferencial Marie-Françoise convida a analista a ocupar o lugar de um outro real e não um representante do Outro ao qual ela pudesse endereçar uma demanda. Segundo Rosine Lefort, a impossibilidade de Marie-Françoise colocar sua demanda é o que a menina reintroduz como entrada de jogo na sessão. Após alguns encontros, Rosine Lefort coloca na cena do atendimento alguns objetos, entre eles um prato de arroz-doce, uma mamadeira e um marinheiro de borracha e diz à pequena menina que só iria alimentá-la caso ela o pedisse. A psicanalista nos conta que Marie-Françoise apresenta muita vontade de comer o prato de arroz, mas que para ela é impossível demandar a Rosine Lefort que a alimente (lembramos que na bulimia, tal como nos disse Rosine Lefort, a menina era passivamente alimentada pelo outro). A partir da recusa da psicanalista em alimentá-la, salvo sob demanda, acompanhamos uma minuciosa descrição de uma grande tensão que se realiza entre Marie-Françoise e sua



impossibilidade em incluir Rosine Lefort em um circuito de demanda no embate que ela trava com os objetos. “Para Marie-Françoise, [...] eu não estou lá, [...] seu grito de socorro é apenas um esboço que não pode se sustentar, porque Maria-Françoise dirige-se à ausência” (Lefort & Lefort, 1984, p. 184-185). Diante dos objetos-alimentos de sua vontade e da impossibilidade de demandar a Rosine Lefort que a alimente, Marie-Françoise dirige seu apelo através de gritos à janela e se fecha em uma agressividade estereotipada.

Segundo Rosine Lefort, “o alimento está há muito tempo ligado à passividade, e a bulimia relegou o oral ao impossível, por causa de sua impossível articulação com o Outro” (Lefort & Lefort, 1984, p. 189-190). A analista nos diz que para Marie-Françoise a satisfação oral, que passaria pelos significantes do Outro, foi relegada ao impossível. É isto mesmo o que sugere Marie-Françoise diante da recusa de Rosine Lefort em alimentá-la: “sua resposta, quase imediata, é [...] que ela vai falar para a janela, para a ausência. É aí que ela dirige seu apelo, um apelo que não pode ir para o Outro, mas para a ausência real. Se o Outro não está presente para ela, o outro muito menos” (1984, p. 190). Ou seja, embora em sua presença Rosine Lefort tenha um corpo, ela não existe enquanto outro para quem ela pudesse dirigir a demanda. Marie-Françoise não pode assim fazer a relação do outro ao Outro, “visto que a dimensão do corpo do Outro não existe: ele é apenas ausência irrealizada, invisível além da janela. Poderia dizer-se que ele não tem imagem especular” (Lefort & Lefort, 1984, p. 219).

Rosine Lefort se recusou a alimentá-la e lhe disse isso: que só a alimentaria se ela o demandasse: “*como ela mesmo não sabe*, eu só lhe daria de comer se ela fizer o gesto de me dar a colher, pois faz mal receber alimento do outro sem que o queiramos realmente” (Lefort & Lefort, 1984, p. 187). Interessante notarmos que embora Rosine Lefort compreendesse que Marie-Françoise *não sabe* demandar, ela se endereçou à menina supondo que ela o podia fazê-lo. Ou seja, Rosine Lefort nos disse que estava ciente que se Marie-Françoise não lhe demandava o alimento não era porque ela não o queria fazer, mas, ao contrário, ela não o fazia porque impossível – era impossível a Marie-Françoise demandar, como se a ela não estivesse disponível a escolha de pedir. No entanto, é muito importante assinalarmos que justamente porque sabia dessa impossibilidade é que Rosine Lefort se recusou a adotar uma atitude pedagógica em relação à menina, o que seria o equivalente a tentar lhe ensinar como pedir o alimento. Também não adotou uma atitude de enfermagem, ou mesmo de maternagem, o que poderia ser o equivalente a lhe dar a comida na boca. Fica evidente para nós que não se

tratava disso para a analista. Entendemos que foi justamente neste ponto de impossibilidade, e não de impotência, que Rosine Lefort se endereçou à menina como sujeito. Isto é, supôs como possível advir neste lugar o que ainda não era – um sujeito ativo em seu endereçamento ao Outro, capaz de uma resposta por si.

Com esse panorama é que encontramos na leitura dos relatos das sessões o trabalho da analista em conduzir o tratamento de Marie-Françoise em direção ao *nascimento do Outro* enquanto lugar simbólico em que a pequena Marie-Françoise pudesse se inscrever enquanto sujeito através daquilo que Rosine Lefort chama de *transmutação do real em significante* (1984, p. 277). Quanto a isso, ela nos diz “que o necessário é que o desejo do analista - que faça ou não, como eu, um trajeto com seu analisando - seja ele mesmo portador desta metáfora. Diante do sujeito psicótico, ele é mesmo o único a ser portador dela” (1984, p. 283). A metáfora a qual se refere a analista é a metáfora paterna, função capaz de transmutar o real em significante. Vejamos o que podemos extrair disso que nos indica a psicanalista.

Diante do pouco-caso que Marie-Françoise fazia da presença de Rosine Lefort a analista chegou a se indagar se havia de fato uma demanda de análise capaz de sustentar o tratamento. No entanto, apesar de uma ausência de apelo unívoco ou mesmo ambivalente, como diz Rosine Lefort, Marie-Françoise vinha a seu encontro e isto mesmo diante da recusa da analista em alimentá-la. É esta procura pelo atendimento o que fez a analista tomá-la em tratamento.

[isso] prova, mais além de sua ausência de contato, que ela está, entretanto à procura de alguma coisa, visto que ela vem sem hesitação. Não é, pois, uma recusa de sua parte, mas antes a impossibilidade de colocar sua demanda, por falta de meios, o que faz seu drama. Sua recusa teria sido o sinal de uma ambivalência, à qual nós tínhamos visto que ela não tinha acesso. Resta-lhe somente um apelo a mim que não é certamente unívoco e que se coloca melhor no quadro de sua impossível relação ao objeto, excluindo a verdadeira presença de um Outro” (1984, p. 202)

Vemos na passagem acima que o desejo da analista que decide por atender Marie-Françoise já colocava de saída a própria posição do sujeito em questão. Não seria Rosine Lefort quem realizaria o atendimento de qualquer jeito, a qualquer custo, mas caberia a Marie-Françoise indicar de alguma maneira a sua intenção pelos atendimentos, o que certamente colocava a interpretação dessa intenção por Rosine Lefort como um componente fundamental.

Uma vez aceitando Marie-Françoise em atendimento, a analista consentia com o lugar que esta lhe colocava na transferência enquanto outro ausente - não lhe fazia

demandas, não tentava lhe educar e nem mesmo assumir uma posição de maternagem/enfermagem - ao mesmo tempo em que se recusava a reproduzir, pela posição de analista que assumia, aquela situação de alimentação na qual a menina era totalmente passiva e que sustentava sua bulimia. Marie- Françoise “gira a sessão inteira em volta do desejo de que eu a alimente sem que ela o peça ativamente. Ora, se eu obedecesse a este desejo ambivalente, isto equivaleria a que fosse eu que cortasse o contato entre ela e eu: dado o caráter autista da bulimia” (Lefort & Lefort, 1984, p. 228).

Rosine Lefort sabia que se alimentasse Marie-Françoise nada mais faria do que confirmá-la em seu lugar de objeto do Outro. Responder do lugar do Outro intrusivo teria como consequência a inviabilidade de todo o tratamento, o qual se desdobrou justamente a partir daquela posição adotada pela analista. Seria o desejo da analista Rosine Lefort em sua posição de analista o que tornava possível a Marie-Françoise buscar o atendimento? Isto é, Rosine Lefort não parecia disposta a adotar uma outra posição que não a do analista ao recusar fazer série com as posições das enfermeiras, médicos e cuidadores. Acreditamos que esta posição e o desejo da analista tenham sido os componentes essenciais e necessários para que Marie-Françoise retornasse aos atendimentos, além é claro de seu próprio desejo, tal como interpretado pela analista.

Teria sido suficiente, com efeito, a menor precipitação em direção a uma boca aberta por cima de um prato, ou a facilidade da maternagem na repetição do que Marie-Françoise conhecia: se preenchêssemos sua necessidade *seria ao preço de desembaraçar-se dela como sujeito*, para que ela mesma persistisse em sua passividade (Lefort & Lefort, 1984, p. 191).

Portanto, para Rosine Lefort, *não se desembaraçar de Marie-Françoise enquanto sujeito* seria sustentar o atendimento a partir do impossível de sua demanda oral, sendo justamente sobre esse impossível que o desejo da analista seria operativo. Isto é, considerando sua bulimia, Marie-Françoise estava apagada enquanto sujeito, e, é sobre o impossível de dirigir um apelo ao Outro que Rosine Lefort não cedeu em interpelá-la enquanto sujeito. Caso cedesse sobre isso - o que pensamos que seria ceder sobre o próprio desejo do analista – entendemos que o sujeito então se apagaria junto, conforme o que ela mesma nos disse. Vemos aí então nosso argumento anterior tomar forma, qual seja; *que o sujeito em questão no tratamento está intimamente relacionado com o desejo do analista*.

Considerando este ponto chave que para nós é demonstrativo da implicação dos dois polos do laço analítico na direção do tratamento, *sujeito - desejo do analista*, vamos a partir de agora acompanhar como o tratamento de Marie-Françoise caminhou. Para isso

partamos de um questionamento: qual seria a relação entre a ausência do olhar e de demanda em Marie-Françoise e a ausência do Outro?

### 3.3.1 O Outro da imagem

Lembremos que o campo especular é aquele no qual a relação ao pequeno outro e ao corpo próprio é travada. Ao contrapor o atendimento de Marie-Françoise com o de Nádia, Rosine Lefort nos apresenta de que maneira a dimensão especular não pode existir sem a promoção do real em significante, ou seja, ao lugar do Outro, onde o significante está inscrito. Seria a ausência do significante o que tornaria impossível a Marie-Françoise reconhecer sua imagem no espelho e também reconhecer a imagem do outro enquanto alteridade. Para Rosine Lefort, Marie-Françoise demonstrava que sem o Outro não pode existir a imagem de si própria.

[...] então, Marie-Françoise fica de pé, olha no espelho, o maxilar projetado para frente, emitindo fonemas agressivos. Eu disse que ela não identifica o que vê como sua imagem. O fato é que ela vai procurar no verso do espelho o objeto que ela vê nele, como se o espelho fosse apenas um vidro (Lefort & Lefort, 1984, p. 243).

A analista nota que Marie-Françoise não se sentia interpelada em seu corpo quando diante do espelho, o que a levou a afirmar que para a menina “o especular não existe” (Lefort & Lefort, 1984, p. 244). Na ausência do especular, nem Rosine Lefort podia ser para Marie-Françoise um pequeno outro ao qual seria possível dirigir um olhar, nem Marie-Françoise podia ser um outro a ela mesma - efeito da divisão subjetiva que a própria imagem do corpo unificado diante do espelho evoca. Ou seja, para Marie-Françoise, nem ela mesma e nem o pequeno outro teriam adquirido uma dimensão de representação significante, permanecendo ambos apenas objetos reais.

No lugar do especular ausente, conforme nos conta Rosine Lefort, a menina colava objetos em seu nariz e em seu olho, como por exemplo, o prato de arroz e um marinheiro de borracha, sem que esses objetos lhe reenviassem a alguma representação significante. Para Rosine Lefort, esta colagem do objeto sem a distância que seria própria ao olhar seria representativa de que a perda do objeto real não teria ocorrido, impossibilitando que em seu lugar adviesse uma imagem significante. Dito de outro modo, sem a distância necessária ao olhar é o próprio olhar que inexiste, restando em seu lugar um olho-órgão e objetos a ele acoplados.

A condição para que um objeto, e também o próprio corpo, advenha como uma imagem significativa é que este objeto, este corpo, tenham sido perdidos enquanto real. Há que se perder o corpo/objeto enquanto real, não simbolizado, para que ele possa advir como uma imagem significativa totalizadora que recubra a própria perda deste mesmo objeto real. Neste sentido é que o “olhar [...] presentifica a perda possível, na medida em que o olhar é sempre portador da perda sem o sujeito sabê-lo. Esta ignorância da perda, é o Inconsciente, e toda a questão do recalque primordial” (Lefort & Lefort, 1984, p. 241).

Na falta desta perda do olho-órgão enquanto objeto real, Marie Françoise “aplica os objetos contra seu olho, o órgão no Real. O significativo, não mais que o Outro, não é aí promovido [...]” (Lefort & Lefort, 1984, p. 272). Em outras palavras, o que Rosine Lefort estaria nos dizendo é que Marie-Françoise não enxergaria com um olhar, mas com um olho no real que não atribui àquilo que vê nenhum valor significativo.

No autismo de Marie-Françoise, no lugar do corpo que se faz unitário no esquema especular pelo olhar do Outro, o que haveria seriam furos não simbolizados pelos significantes do Outro. O Outro e seus representantes não se constituiriam como um lugar no qual ela pudesse projetar sua imagem. Ao invés do espelho da identificação, o que haveria seria a vidraça da janela, onde o

[...] pequeno sujeito e o Outro estão cada um de um lado, e ficam todos dois no Real sem referência à imagem [...]. Ela [a vidraça] nos separa, mas, na falta de significativo, ela não tem nenhuma ação sobre a estrutura: no lugar do recorte unitário de seu corpo que Nadia encontra no espelho, Marie-Françoise só é referendada na vidraça à consistência real do corpo do Outro (p. 289).

Em suma, no encontro com Marie-Françoise a analista seria confrontada com um Outro ausente para a menina e que por isso faz seu retomo no Real – um Outro real, não simbolizado. Por conta disso é que “seu olhar passa do prato à mamadeira, da mamadeira ao coelho, em seguida à caneca e por fim ao bebê. Ela me olha, com a mesma atenção que ela acaba de dar a cada um desses objetos, como se eu fosse um deles” (Lefort & Lefort, 1984, p. 219).

Diante dessa ‘ausência do especular’ tal como se refere Rosine Lefort, retomamos uma pergunta que para nós surgiu no início desta seção, perguntamos naquele momento qual seria a relação entre a ausência do olhar em Marie-Françoise e a ausência do Outro?

Agora, a esse questionamento incluímos outros dois; de que maneira o corpo do Outro tem para Marie-Françoise o mesmo estatuto que os objetos? Qual seria a relação da imagem especular ausente com o corpo de Rosine Lefort enquanto representante do Outro?

### 3.3.2 O Outro do objeto

Rosine Lefort argumenta que inicialmente o pequeno sujeito não se vê em seu corpo como um corpo furado porque o furo de seu corpo seria desde logo tapado pelos objetos do corpo do Outro - objeto voz, objeto olhar, objeto oral, objeto anal. Para a analista, o furo do corpo aparece como efeito de uma perda que torna possível emergir uma demanda ao Outro, inscrevendo essa perda no significante (1984, p. 221). Isto seria, segundo Rosine Lefort, o que a menina Nádia teria demonstrado desde início com a exploração da boca da analista e de sua própria boca que ela tapava com os objetos recolhidos do Outro – objetos brinquedos, objetos alimento, objetos significantes.

Que meu corpo fosse furado, ela pôde duvidar, no momento em que manipulando os botões de minha blusa, tocou-me a pele; ela ficou siderada. E, em seguida, ao manipular novamente os botões, ela evitou minha pele. Os botões eram objetos separáveis dos quais eu era a portadora; já minha pele era o signo de que meu corpo não era furado. Ela ficou então obcecada com minha boca, empurrando-me a cabeça para trás e tentando enfiar os dedos em meu pescoço; como se fosse necessário abrir a outra extremidade do buraco de meu corpo para assegurar-se bem de que ele era furado, tórico (2017, p. 24).

O interesse pela exploração da boca de Rosine Lefort seria assim uma maneira de Nádia lhe demonstrar que a analista era representante de um Outro furado, com objetos pulsionais destacáveis. Na dialética que se trava entre o sujeito e o Outro, o corpo furado do pequeno sujeito é preenchido não por um objeto real, mas pelo objeto destacável do corpo furado do Outro, ou seja, um objeto significativo representante do próprio furo do Outro, seu olhar e sua voz, por exemplo. Tão logo exista um Outro simbolicamente inscrito, ou seja, já fora do seu estatuto real, nisto está implicado que houve uma perda, uma perda do corpo real fisiológico e de seus furos também enquanto reais, emergindo, em seu lugar, representantes significantes deste Outro. Mas, como isso ficaria com respeito ao caso de Marie-Françoise?

Segundo Rosine Lefort (1984): “para que a criança nada saiba - em compreensão - do furo de seu corpo, é preciso que ela esteja inteiramente fora do Real quanto a seu saber sobre seu corpo: ela é apenas - ela só nasce - no campo do Outro; ainda é preciso que o Outro esteja, isto é, que para este pequeno sujeito, o significante preexistia” (1984, p. 271). Estaria assim posta a dialética sujeito/Outro nos indicando que embora o Outro do significante preexistia ao sujeito – a precedência é da linguagem, conforme já vimos - ele pode não estar inscrito, o que justamente seria o caso no tocante à Marie-Françoise. Aquela mesma exploração do furo do Outro (que Nadia manifestava) não se mostrava

aqui possível para Marie-Françoise; tanto o furo de sua boca quanto o da boca de Rosine Lefort apareciam (de)negados, apenas existindo enquanto reais e não simbolicamente inscritos: “assim, a ausência de furos em meu corpo é correlativa da forclusão do registro significante dos objetos, de todos os objetos, e não somente dos objetos-alimento [...]” (1984, p. 223). Isto é, sem furos representados de maneira significante, não há a possibilidade de objetos também significantes serem solicitados a preencher esses mesmos furos.

Quando o objeto se torna anulado de sua condição real em razão de sua transmutação em significante ele não poderá mais preencher o furo do Outro enquanto real, colocando-o assim inevitavelmente em um circuito de demanda. “Esta demanda permanecerá, após a anulação do Real, obrigatoriamente insatisfeita - como seria ela satisfeita se, no Real nenhuma demanda pode surgir, e que, no significante, via obrigatoriedade da demanda, nenhum Real pode vir preencher o furo?” (1984, p. 221).

Ou seja, uma vez inscrito no simbólico, o significante veiculará uma demanda que não poderá jamais ser satisfeita com um objeto real. Esta transmutação gera um circuito significante que ao remeter um significante a outro significante em uma cadeia de significação torna impossível a sua satisfação. Ora, a ausência de demanda para Marie-Françoise seria a expressão da ausência de furo no Outro, o que viria impedir ao sujeito a articulação de um circuito significante do desejo. Este circuito significante faria do Outro portador de objetos causa de desejo – objetos *a*. A agressividade estereotipada de Marie-Françoise se fechando em si mesma diante da impossibilidade de dirigir um apelo a Rosine Lefort seria representativa dessa ausência.

Só existe objeto enquanto que pulsional, objeto que toma lugar numa montagem, o circuito pulsional, o qual implica absolutamente o Outro, e destitui o objeto de sua dimensão de Real marcando-o por uma perda. Eis porque a oralidade não desembocará numa satisfação intrínseca, mas numa estrutura constitutiva do sujeito no significante, como todas as outras pulsões (Lefort & Lefort, 1984, p. 271)

Dito de outro modo, numa estrutura marcada por um circuito pulsional, a partir do furo do Outro (algo que diríamos de um Outro barrado) o pequeno sujeito fundaria a existência de objetos separáveis do corpo do Outro e ligados a outros furos deste corpo. Por conta desse circuito significante é que a demanda por uma satisfação oral não estaria ligada ao objeto real do qual um sujeito poderia se alimentar, mas sim ligada ao seu valor significante, ou seja, a presença significante do Outro estaria acoplada nesta demanda. Por conta desse entrelaçamento pulsional significante, o real dos objetos se perde e o



Outro emerge enquanto portador de objetos significantes, portador de objetos causa de desejo. Dito de um modo mais simples, por exemplo, demandar o alimento leite, é ao mesmo tempo veicular a demanda por objetos significantes representantes do Outro que portam esse alimento, seu olhar, sua voz, sua presença.

Que eu não tenha furo, para Marie-Françoise, resulta em que não tenha nenhum lugar para ela em meu corpo onde a mutação dos objetos reais em significantes possa se fazer. Ela está, pois inteiramente abandonada ao Real dos objetos, e a perda que ela conhece só pode ser preenchida por objetos reais. (1984, p. 222)

Para Marie-Françoise, entretanto, um significante não pode substituir o objeto real justamente pela ausência de um Outro portador de objetos causa de desejo. Como assinala Rosine Lefort: “o Outro não é portador de objetos causa do desejo, ele é o próprio objeto, o que às vezes dá conta da necessidade que ela tem de mim e do impasse diante da minha presença, a qual só pode recusar em um ‘tudo ou nada’” (2017, p. 36). E, Marie-Françoise “está tomada apenas pela alternância da minha presença real, que ela espera e busca e sua recusa radical na sessão [...] virando-se para o vazio da janela” (2017, p. 36).

Rosine Lefort argumenta que, normalmente, uma estrutura simbólica é capaz de portar um processo de simbolização da relação do sujeito ao Outro: “quando o Real e o significante se articulam, o corpo do pequeno sujeito se encontra preenchido pelos significantes do corpo do Outro, e o Outro é furado realmente” (p. 285). Mas, também podemos ver que em certos casos ocorreria uma falência desta capacidade estrutural de simbolização, algo que geraria como consequência uma espécie de ausência do Outro e, com isso, do significante representante dos furos do corpo do Outro. Por conta disso é que Marie-Françoise “só pode, com efeito, permanecer no ponto de constatar o furo real de seu corpo, sem passar, como Nádia, pelo significante dos objetos do Outro, para ter um corpo não furado; [...] trata-se de uma anti-estrutura<sup>21</sup> [...]” (Lefort & Lefort, 1984, p. 197)

Em resumo, a falência do papel simbolizante da estrutura a que se refere Rosine Lefort seria a própria falência do circuito pulsional. O efeito disso é que a satisfação oral passa a valer por ela mesma, uma *satisfação intrínseca* a ela mesma, à própria oralidade, e não por seu valor significante. Por conta disso, é que o impossível de Marie-Françoise

---

21 A hipótese do autismo enquanto uma anti-estrutura será revista na obra de 2003, quando o casal Lefort irá se referir ao autismo como uma quarta estrutura entre a neurose, a perversão e a psicose. No entanto, embora, para eles, o autismo passe a ser considerado uma estrutura no campo da linguagem, a ideia de que o significante não é aí promovido se mantém e com isso a hipótese de uma ausência de circuito pulsional também é mantida.

em demandar o alimento se torna equivalente e correlato ao impossível de uma demanda pela presença significativa do Outro.

### 3.3.3 O Outro do significativo

Rosine Lefort se pergunta onde buscar as razões que tornavam possível, por um lado, a realização da transmutação do real em significativo para Nádia e, por outro, impossível para Marie-Françoise. A analista entende que Nadia pôde fazer isso “porque de saída o Outro que eu era não estava excluído; ou, o que dá no mesmo, porque o significativo preexistia para ela, antecipava a experiência que ela podia ter dele” (1984, p. 205). Continua a analista: “é preciso que a metáfora paterna esteja presente na saída” (1984, p. 283).

Segundo ela, uma vez presente a metáfora paterna, o que fazia Nádia era estar à espera do seu encontro com sua imagem especular. E neste sentido, Rosine Lefort afirma que o tratamento analítico não teria tido para Nádia a função de *inauguração do Outro*, pois “esta abertura sobre o significativo implica uma etapa anterior, original, uma relação de Nádia ao *Pai Mítico* de Freud, ao *Nome-do-Pai* de Lacan” (1984, p. 283). A analista aqui se refere ao significativo que “pré-existe a todos os outros” e que “Lacan etiquetou de *Nome-do-Pai*, que Freud afirmou, no Eu e o Isso, ser o *Pai Primitivo*, base da identificação primária; aquele que torna toda mutação do Real possível quando ele não está foracluído” (1984, p. 283). Ou seja, para Nádia não havia ocorrido a foraclusão do significativo do Nome-do-Pai tal como haveria para Marie-Françoise. - de acordo com a analista, esta metáfora original lhe faltava radicalmente.

Uma vez que a metáfora original faltava radicalmente para Marie-Françoise é que as palavras e gritos que a menina emitia não se constituíam como significantes, isto é, eles não eram capazes de anular o objeto real. Segundo Rosine Lefort

[...] o Real e o significativo permanecem autônomos; e a ausência de toda mutação de um em outro deixa Marie-Françoise diante do vazio. É o que ela diz quando ela dirige seu olhar para a janela e não mais para mim. O vazio que ela encontra aí, é a ausência não do Real, mas do significativo - o que faz um vazio bem real -, isto é, que não existe nenhum significativo nesta janela que possa lhe remeter, sob uma forma invertida, a demanda que ela emite. Que significativo falta aí, senão o primeiro de todos, aquele do recalque originário [...]?

Se o Outro é o lugar do significativo, portanto aquele que torna possível a metáfora capaz de transmutar o real em significativo, e se ele permanece para Marie-Françoise

inexistente, a consequência é que “a substituição metafórica de um significante por um outro significante não pode se produzir [...]” (2017, p. 32).

Rosine Lefort nos fornece disso um interessante exemplo.

Um dos objetos que Rosine Lefort introduz na cena do tratamento além do prato de arroz-doce é uma mamadeira. No entanto, tal como o arroz-doce, também é impossível a Marie-Françoise demandar a Rosine Lefort a mamadeira. Com isso, para Marie-Françoise os objetos e as pessoas se equivaleriam, podendo ser substituídos em um deslocamento sem valor propriamente significante, ou seja, sem relação ao corpo do Outro e aos seus furos. Por conta disso é que Rosine Lefort nos diz que, apesar das aparências que nos fariam crer em uma substituição metafórica realizada por Marie-Françoise quando vai de um objeto ao outro (como da mamadeira ao prato de arroz e vice-versa), na verdade, nela fracassaria a dimensão efetivamente metafórica do significante, pois estes objetos ainda seriam objetos reais e não ‘representantes’ do Outro. Neste sentido, enquanto Nádia pôde, diante da mamadeira, endereçar a Rosine o significante ‘mama’, Marie-Françoise por sua vez

[...] também diz ‘mama’, [mas] com a diferença que é diante do Real do prato de arroz, e não diante do objeto de meu corpo que ela não procura separar. Seu “mama” não tem para ela nenhum efeito quanto ao meu lugar; ele não me designa, e aliás Marie-Françoise vira-se logo para a janela, lugar da ausência real. Dito de outra forma, o que falta, não é, para Marie-Françoise, o significante, é a relação deste significante ao Real de meu corpo, aquele do Outro. O Real e o significante ficam cada um por sua conta, com ausência de mutação de um ao outro, o que a deixa diante do vazio, um vazio que se situa tanto na ausência real detrás da janela quanto naquele onde ela me mete quando está às voltas com o Real (1984, p. 272)

Para Rosine Lefort, consequentemente a metonímia enquanto elemento da estrutura substitutiva significante fracassa com a ausência da metáfora paterna, uma vez que nenhuma parte poderia ser isolada do todo enquanto representante do Outro.

Vejamos mais um interessante exemplo dado a este respeito por Rosine Lefort. Para a psicanalista, um exemplo da dimensão metonímica do significante seria dado quando Nádia oferecia parte de seu corpo a Rosine Lefort – no caso, seu pé - como um representante do todo unificado de seu corpo (1984, p. 226-227; 2017, p. 32). No entanto, esta oferta da parte como representante do todo se mostrava impossível, por sua vez, a Marie-Françoise, em razão da mesma ausência do Outro significante. Em seu caso, o que lhe restava era entregar seu corpo inteiro ao Outro, algo que sua bulimia atestava.

De todo modo, de uma maneira, entretanto, particular, Marie-Françoise realizava substituições des objetos. No entanto, Rosine Lefort entendeu que, em seu caso, essas

substituições seriam da ordem de algo que a analista chamou de *circuitos sucessivos*, isto é, substituições remetidas ao Real da ausência e que mantinham o significante e o Real cada um por sua conta. A este respeito, a passagem seguinte nos parece representativa deste circuito a que se refere Rosine Lefort e da tentativa interpretativa da analista que procurava fazer uma articulação significativa entre estes objetos, a demanda, o desejo e o corpo do Outro (1984, p. 226-227; 2017, p. 32).

Diante da recusa de Rosine Lefort em lhe alimentar, Marie-Françoise

[...] tenta então fazer a aproximação entre o olhar e o alimento, mergulhando no arroz e sugando a haste dos óculos que ela me tomou. Mas esta tentativa de ligar a mim o objeto oral com a ajuda de meus óculos logo acaba. Nádia fez isso com frequência e seu balbucio dirigia-se a mim, isto é, ao Outro que eu era para ela. Marie-Françoise também fala neste momento, mas não é a mim que ela se dirige primeiramente, é ao arroz-doce; entretanto não é um simples balbucio, é quase uma frase que resume sua história: "saiu, teta, bebê, não mamã, qué não!". Sem muitas conjecturas, pode-se compreender que ela fala da perda de sua mãe quando ela era ainda um bebê que mamava e que, sem sua mãe, "ela não quer". O que é que ela não quer? Ficamos tentados a responder com os dois verbos condensados que eu acredito escutar no que ela diz: "demandar" e "comer". "Demandar" a um Outro que não é sua mãe, no lugar da qual existe uma ausência real, isto é, não dialetizável, ela não o quer; e "comer", ela não quer também visto que o Real do que ela pode comer não contém sua mãe perdida. Isto se torna tão evidente para mim que eu digo a ela. Com certeza, ela compreende, mas é olhando ainda para o objeto, para a mamadeira, que ela diz: "mamãe, saiu" e se deixa cair sentada, esmagada por este Real. (1984, p. 234).

Rosine Lefort ao longo da narrativa dos atendimentos nos conta que por diversas vezes interpreta para Marie-Françoise a recusa desta última em lhe dirigir uma demanda e que, por conta disso, ela não conseguiria tomar a mamadeira ou comer o prato de arroz-doce. Além disso, a analista também diz à menina de seu desejo de fugir de sua presença e do uso que faz dos objetos para se proteger do encontro com Rosine. Notemos o quanto isso nos indica que Rosine Lefort se endereçava a Marie-Françoise como alguém que poderia saber o que estava em jogo naquela relação e que por conta dessa possibilidade então seria considerada como alguém ativa em sua recusa. É neste mesmo ponto que Rosine Lefort tenta operar a transmutação do real em significante, conforme já argumentamos. Porém, a separação entre o significante e o objeto persistem e, pela falta de inscrição do significante primordial Nome-do-Pai a transmutação não se realiza, segundo a analista.

Através destes exemplos, julgamos estar bem ilustrado que não se trata nas estruturas clínicas de nenhuma maturação do desenvolvimento (Lefort & Lefort, 1997). Pelo contrário, conforme argumentamos anteriormente, a estrutura de linguagem é

operante desde o início, desde antes do sujeito vir ao mundo. A questão clínica para a psicanálise concerne de fato a um posicionamento do sujeito no universo de linguagem e não há um déficit no desenvolvimento ou a um efeito de uma interação intersubjetiva. Logo, a ausência do Outro para Marie-Françoise não poderia ser creditada a nenhuma ausência na realidade de um de seus representantes, como a figura materna, por exemplo. Quando, na passagem que trouxemos acima, a analista se dirige a Marie-Françoise lhe dizendo da ausência de sua mãe, entendemos que se trata da tentativa de tornar significativa a ausência real do Outro do significante através da articulação de uma palavra (de um significante?) dita pela própria Marie-Françoise – ‘mamá’. Desta forma, mesmo que a mãe tenha de fato faltado - o que por si só não responde pela ausência do Outro - *esta mãe que falta (mamá)* é tomada como um elemento capaz de operar como significante de um real que se interpõe no seio do próprio laço transferencial com a analista e não exterior a esse mesmo laço. Em outras palavras, a relação entre a presença e ausência da mãe na realidade e a presença e ausência simbólicas do Outro - e da falta no Outro - não se recobrem e demonstra na verdade uma dinâmica bastante delicada. Por um lado, não é a ausência da mãe na realidade que indica que o ‘Outro falta’ - ao contrário, tal ausência pode inclusive não afetar a presença do Outro -; por outro, não somente durante e através da presença da mãe o sujeito pode verificar que ao Outro falta, como também a presença concreta da mãe não garante de nenhuma maneira a presença do Outro. Em suma, o que está em questão aí não é a identidade entre a falta do Outro e a ausência empírica da mãe, mas a simbolização de uma falta no Outro, uma falta que entretanto a mãe pode ou não testemunhar com sua presença.

Neste sentido, um exemplo de que não se trata de rebater a falta do Outro sobre a ausência da mãe na realidade podemos encontrar na própria diferença estrutural entre as duas meninas atendidas pela psicanalista. Enquanto Marie-Françoise, um autismo, viveu com sua mãe até os dois meses de idade, Nádia, uma neurose, foi separada de sua mãe logo após o nascimento. Portanto a ausência do Outro a que se refere Rosine Lefort é a falta significativa que torna possível a série dos significantes, permitindo a transmutação do real em significante, e que se situa alhures, em outro lugar, mas que comparece enquanto um ‘impossível a ser preenchido ou anulado’ no próprio laço analítico. Ou seja, não será na realidade apreensível pelos sentidos onde encontraremos a razão que faz da estrutura clínica de Nádia uma neurose e a de Marie-Françoise um autismo, algo que, como vimos, nos jogaria no campo da psicogenética.

### 3.3.4 A direção do tratamento

Mesmo que fenomenologicamente o comportamento de Marie-Françoise possa se parecer com o de Nádia, Rosine Lefort procura nos fazer compreender que estruturalmente se tratam de posições subjetivas bastante diferentes (1984, p. 226-227; 2017, p. 32). Como poderia Rosine Lefort afirmar isso, senão pelo fato de colocar seu próprio corpo no laço analítico que se constitui em atendimento? Isto é, não se trata aqui de uma clínica da observação classificatória do sujeito, mas do encontro corpo-a-corpo do sujeito com o desejo do analista, e que é somente este encontro o que produz efeitos.

No entanto, por outro lado, é importante assinalarmos que, embora manifestem estruturas clínicas diferentes, em ambas as condições subjetivas Rosine Lefort observa que o trajeto do tratamento analítico se desdobra “da metáfora à metonímia” (1984, p. 283). O que poderíamos compreender sobre essa afirmação, já que, como ela mesma disse, a exclusão do Outro do significante leva à impossibilidade da substituição metafórica e metonímica?

Rosine Lefort, nos ajuda a compreender isso mesmo que ela nos diz e que concerne à direção de tratamento: “se lhe falta, se me faltou, falta-nos a nós duas um terceiro termo; o significante da falta será este terceiro termo e sabemos que se trata do falo” (1984, p. 283). A este respeito, lembremos que com a exclusão do Outro, e mais precisamente do furo simbolizado no Outro do significante, não poderia haver inscrição da falta, o que seria equivalente a dizer que no real nada falta e nenhuma demanda de satisfação poderia ser articulada em um circuito desejante. Nisso, por exemplo, vimos que com Marie-Françoise este circuito fracassa, restando o objeto e os significantes separados.

Pois bem, se o significante da falta está ausente, está ausente enquanto tal no próprio laço analítico e, portanto, será no próprio laço analítico onde Rosine Lefort procurará trazê-lo em função. Dito de outro modo, na posição que Rosine Lefort procura se colocar, ela não busca ocupar o lugar do Outro que Sabe ou do Outro que teria o bom objeto a fornecer. E assim, com uma leitura atenta d’*O nascimento do Outro* podemos perceber o esforço da analista em encaminhar tanto o atendimento de Nádia quanto o de Marie-Françoise na direção da inclusão deste significante da falta. Isto é, é a inclusão deste significante que tornaria possível a metáfora capaz de inscrever os objetos reais em objetos significantes, mesmo que, por exemplo, para Marie-Françoise isso tenha se mostrado impossível.

Aqui cabe retomarmos a algo que já mencionamos anteriormente sobre o desejo do analista e que aqui adquire também seu alcance e valor. Lembremos da frase de Rosine Lefort, segundo a qual “o necessário é que o desejo do analista - que faça ou não, como eu, um trajeto com seu analisando - seja ele mesmo portador desta metáfora. Diante do sujeito psicótico, ele é mesmo o único a ser portador dela” (1984, p. 283). Gostaríamos que o leitor aqui percebesse que Rosine Lefort não está nos indicando que sua posição e seu desejo teriam diferentes estatutos em um e outro atendimento. Pelo contrário, é importante notarmos que a analista sustenta que o desejo do analista, em ambos casos, é necessário para fazer função de metáfora no seio do tratamento analítico e que, da mesma maneira, portanto, é a posição do analista que torna operante esse desejo.

E, com isso Rosine Lefort nos coloca uma importante questão: “pode-se dizer então que a introdução do terceiro termo é um retorno à metáfora?” (1984, p. 283). Certamente no caso de Nádia para quem a metáfora paterna operou somos tentados a afirmar que sim, que a introdução do significante da falta seja, sim, um retorno à metáfora paterna. Mas, e no caso de Marie-Françoise? Mais precisamente, quais foram as consequências no tratamento da tentativa de Rosine Lefort de incluir o significante da falta? Ou seja, onde o desejo da analista Rosine Lefort na interpelação do sujeito conduziu o tratamento de Marie-Françoise?

### 3.3.5 O duplo

A falência estrutural a que se referiu Rosine Lefort tornou impossível a Marie-Françoise não só explorar o furo do corpo do Outro como também tornou impossível a ela obturar o furo de seu próprio corpo com objetos significantes tomados do Outro. Segundo a analista, ao não poder obturar o furo da oralidade, ela então negou sua existência. No entanto, a impossibilidade do objeto oral e a recusa de Rosine Lefort em alimentá-la, salvo sob demanda, conduziram Marie-Françoise a não conseguir ignorar o furo de seu olho suscitado pela imagem deste mesmo objeto oral impossível. Diante do fracasso em obturar o furo de seu olho com objetos significantes tomados do Outro, Marie-Françoise opera um deslocamento, colando em seu olho o marinheiro de borracha. Rosine Lefort entende que essa colagem teria a função de “desconhecer ou melhor preencher a perda, apagar o olhar em proveito da superfície do olho” (p. 1984, p 241). E, com isso,



[...] produz-se para ela uma etapa inteiramente exemplar desta problemática do furo do corpo quando, ignorando sua boca, ela volta-se para seu olho, contra o qual ela cola o objeto (o marinheiro) do qual ela faz seu *duplo*, para tentar ignorar absolutamente o furo de seu corpo. Ela demonstra desde então, diante do prato de arroz que a fascina e tortura, que o objeto-alimento no Real não pode preencher este furo (1984, p. 269-270).

Na ausência do Outro e de um objeto destacável do corpo do Outro que pudesse assim tapar os furos do corpo da pequena menina, Marie-Françoise tenta ligar a oralidade e seu rochedo ao escópico, colando em seu olho o marinheiro de borracha. No entanto, como nos diz Rosine Lefort na passagem acima, o que Marie-Françoise demonstra é que o objeto por si só, no real, não é capaz de tamponar o furo de seu olho. Assim, mesmo que ela ‘coma com o olhar’ o prato de arroz, tentando com isso tapar o furo de seu olho, isso não será o suficiente para preenchê-lo, o que a levará a uma tentativa de tamponamento com o marinheiro de borracha. E assim,

[...] se ela tropeça no objeto oral, sua fascinação escópica não lhe socorre em nada; da mesma forma que nada se resolve quando ela chega à crise convulsiva. Marie-Françoise fracassa ao incluir o objeto em seu olhar; ou, ainda, ela é privada de seu olhar, por falta de poder incluir aí um objeto que permaneça real. Ela demonstra, entretanto, que é bem na direção deste alvo que ela se dirige, ao mesmo tempo que encontra aí o impossível. Desde o início, com efeito, ela não cessa de colar um objeto real em seu nariz; mais tarde, após o início do tratamento, sucessivamente em seu nariz e em seu olho. Em seu nariz, é assim que é descrito sua relação com os objetos no quadro inicial: em vez de levá-los à boca como toda criança de sua idade, ela pressiona-os em seu nariz, isto é, ela faz do nariz o substituto do furo de sua boca, como se ela denegasse a própria existência deste furo em seu corpo (Lefort & Lefort, 1984, p. 223)

Marie-Françoise procede assim a um leve deslocamento, do impossível da oralidade ao nariz e agora, então, ao olho. Rosine Lefort compreende que, ao grudar o objeto em seu olho, a menina buscava tapar “a perda que a atividade oral de comer lhe demonstra ao nível do furo de sua boca” (1984, p. 221). E assim, segundo a analista, o marinheiro de borracha adquire a partir daí, para Marie-Françoise, a função de um duplo, isto é, de um objeto que tamparia seu corpo furado no nível oral e escópico ao mesmo tempo em que negaria esses furos. Isto é, no lugar de uma demanda significativa pelos objetos do Outro que poderiam tapar seus furos, ela cola o marinheiro.

Não é contemplação de um objeto exterior a ela: de fato, ela apoia este marinheiro quase sobre um olho, depois sobre o outro olho. Tenho a impressão de que ela incorpora este objeto que se torna assim uma projeção dela mesma, seu duplo, que não tem mais nenhuma parcela de existência fora dela nem vida no mundo exterior. É sua maneira de fugir de uma emoção. Ao cabo de cinco minutos ela o

joga para longe dela - cinco minutos que lhe serviram para refazer seu equilíbrio interior” (Lefort & Lefort, 1984, p. 201).

Rosine Lefort compreende que este duplo tem a função de suplência para o sujeito, ou seja, de substituir a ausência do Outro do significante. Como assinala Rosine Lefort, “se toma o marinheiro para colocar contra o olho, o nariz e depois novamente sobre o olho, é porque busca, para além do buraco em mim, a imagem do outro que faria ponto de ancoragem para ela e que lhe permitiria se orientar frente a mim” (Lefort & Lefort, 2017, p. 29). Em outras palavras, este duplo real seria uma imagem do outro (não enquanto semelhante, mas enquanto real) que permitiria ao autista uma orientação frente aos objetos e ao outro na ausência de uma identificação. (2017, p. 27). O duplo se torna assim um “refúgio real”, uma espécie de proteção contra o Outro também real, ou seja, uma forma de mediação entre Marie-Françoise e a analista em relação ao objeto.

Esta função de suplência – que o duplo realiza - se tornaria ainda mais evidente para Rosine Lefort depois que Marie-Françoise fez da própria analista seu duplo. No entanto, antes desse deslocamento do marinheiro de borracha à analista enquanto duplo, cabe ainda mencionar uma passagem;

Alimentando-se sozinha diante de mim na sessão, ela pôde realizar pela primeira vez quanto ela teve, porque sua mãe não estava lá, de despojar o alimento de seu verdadeiro sentido - de dom a receber -, para chegar à bulímia. Assim ela pode em seguida, furiosa com este alimento desprovido de sentido, porque dado a ela por ela mesma, colocá-lo em todo lugar: é que eu não sou ainda ‘uma outra’ (1984, p. 230)

Esta cena que antecede a tomada de Rosine Lefort como um ‘duplo’, nos pareceu significativa, pois sugere, tal como Rosine Lefort descreveu, que Marie-Françoise não apenas se alimentou sozinha, mas principalmente que ficou furiosa com isso. Ou seja, sua fúria neste momento seria sugestiva de que algo ‘faltou’ nesse ato, de que não bastou aí alimentar-se, e de que, portanto, teria faltado o sentido que vem junto com isso, o significante. Esta é uma maneira de dizer que o objeto-alimento no real não foi capaz de saturar o furo de seu corpo, tal como olhar para o prato de comida também não o tinha sido, o que a levou a colocar o marinheiro de borracha em seu olho, conforme descrevemos anteriormente.

Esta cena que antecede a tomada de Rosine Lefort enquanto duplo já não seria indicativa de que algo da ordem de uma falta, ou uma suplência dela, talvez tenha se esboçado no horizonte para Marie-Françoise? Não seria este o caminho aberto para que Marie-Françoise fizesse de Rosine Lefort seu duplo? Como nos disse a própria Rosine

Lefort na passagem acima, “eu não sou ainda uma outra”, mas estaria em vias de se tornar uma – um duplo real.

Diante do prato de comida impossível, Marie-Françoise pega o braço de Rosine Lefort e aproxima sua mão da colher. Rosine enche a colher, Marie-Françoise aproxima sua boca e come todo o conteúdo do prato desta forma. “Ela me come com os olhos enquanto eu a alimento, não sem uma certa violência latente, quando seu olhar pousa sobre a mamadeira; o que me faz pensar que o que eu dou é o substituto da mamadeira que ela não pode pedir”, diz Rosine Lefort (1984, p. 219). Com isso, a pequena Marie-Françoise não só faz de Rosine Lefort um instrumento capaz de intermediar a sua relação com o objeto como também indica que

o desejo não pode passar senão por uma demanda, mesmo se a conclusão, como ela o dirá após ter comido todo o prato de arroz, for que *isso não é isso* [...] É verdade que *isso* era o objeto escópico durante todo o tempo em que ela comeu o arroz; pois seu olhar era atraído sem cessar para a mamadeira, para logo desviar-se, ou ainda para mim, e de tão perto que eu pude dizer que ela me comia com os olhos (1984, p. 220-221, grifo do autor).

Rosine Lefort nos conta que aguardou “uma demanda ativa e sem ambiguidade para lhe dar de comer; eu não me contentei com sua boca aberta e com seus olhos fascinados em cima do prato: porque isto só teria a ver com a repetição da bulimia, lá onde não existe nem Outro, nem desejo do sujeito” (1984, p. 220-221).

Na cena seguinte à passagem acima, Marie-Françoise olha a mamadeira mas não pode tocá-la, tal como acontecia com o prato de arroz-doce. Diante desta impossibilidade em alcançar a mamadeira, e que seria seu objeto desejado, Marie-Françoise conduz a mão de Rosine Lefort para pegar uma caneca na qual a menina coloca sua boca. Rosine Lefort nos chama a atenção nestas duas sequências de cenas para o deslocamento que realizou Marie-Françoise do prato de arroz à mamadeira e à caneca, sem que, no entanto, nenhum deles viesse saturar sua demanda, ou seja, como ela nos diz, ‘não é isso’.

Ora, a possibilidade de Marie-Françoise realizar um deslocamento entre os objetos sem que nenhum objeto pudesse no real tamponar a falta que o significante realiza, não teria sido justamente o duplo enquanto elemento instrumental e intermediário entre um objeto e outro?

*Conduzir minha mão* é bastante específico da relação do autista com o corpo do Outro: ele manipula-o, em seu corpo todo, como um objeto. Eis aí a assinatura de uma relação ao Real do corpo do Outro, que fracassa ao recortar os objetos: parciais, diz-se classicamente, significantes pode-se dizer mais justamente, na medida em que, somente a dialética significante permite este recorte do corpo do Outro (1984, p. 225).

Assim, para responder à ausência real do Outro simbólico, um objeto real é promovido não à condição de significante, mas à condição de duplo real, fazendo suplência da função do Outro ausente. A analista enquanto duplo é colocada então no lugar de uma testemunha de uma ausência real (1984, p. 234-235). Diz Rosine Lefort (1984): “meus olhos são seu espelho, meus olhos órgãos; mas ela não pode ver-se aí, ela não pode senão ser meu duplo. Ela toma, em relação a meus olhos, o lugar que o marinheiro tinha para os seus” (1984, p. 289); “ela me incorpora escopicamente, como havia feito com seu duplo, o marinheiro” (Lefort & Lefort, 2017, p. 32).

Em suma, Marie-Françoise pôde encontrar no pequeno outro um duplo real, assim como ela mesma é para si própria em relação ao outro. Portanto, o duplo para Marie-Françoise não seria um outro dotado de um teor de alteridade enquanto representante do Outro através de uma via identificatória, mas um outro dotado de estranheza (Lefort & Lefort, 2017, p. 28). É na condição de duplo que o outro semelhante pôde então ser situado para Marie-Françoise. Não mais como um objeto real a ser eliminado através da agressividade, mas como um duplo real dotado de estranheza, o que em grande medida lhe confere um esboço de um outro alteritário.

### 3.3.6 Os efeitos

No início dos relatos dos atendimentos de Marie-Françoise nos deparamos com a descrição de uma menina submetida a uma impossibilidade da qual ela parecia não ter saída e nem escolha. Sustentando o lugar da falta, ao supor que ela podia escolher, e antecipando assim a posição de Marie-Françoise enquanto sujeito, acompanhamos o tratamento se encaminhar para a inscrição da analista enquanto duplo. Com a instauração da função do duplo, e uma vez que uma mediação então se inaugura, uma das consequências é a própria separação do corpo do sujeito autista em relação ao corpo do Outro. Interessante notarmos ainda que, concomitantemente a esta inscrição do duplo, um circuito de objetos substitutivos do objeto oral impossível de demandar também tomou lugar:

A novidade é que, para abstrair-se deste interesse que ela prefere ignorar agora, ela não tem necessidade de se deixar cair sentada para entregar-se a um jogo mais ou menos estereotipado de diversão. Esta diversão, ela obtém sugando uma série de substitutos da mamadeira e comendo o mingau. Os substitutos da mamadeira serão: 1 - A colher que ela tem na mão e com a qual ela come um pouquinho. Ela come bem lentamente e derrama o mingau na mesa, espalhando-o em seguida com a mão com satisfação. 2 - O traseiro do coelho que ela mergulha e suga: outro polo

do corpo, fechando o circuito de maneira autista. 3 - Meus óculos que ela começa a untar de mingau com a colher, como se ela lhe desse de comer, logo a mim por seu intermédio. Em seguida, ela mergulha-os inteiramente no prato, lambuzando-os com a mão. Em seguida, ou ela suga-os ou serve-se deles para besuntar meu rosto.

Rosine Lefort está marcando assim o surgimento de uma radical diferença no posicionamento de Marie-Françoise. Inicialmente uma bulimia que a fazia entregar seu corpo inteiro passivamente ao Outro para depois vomitar. Depois, diante da impossibilidade de demandar o alimento para Rosine Lefort que se recusa a alimentá-la, a menina enviava gritos à ausência da janela, além de ser tomada de grande agressividade contra ela mesma batendo sua própria cabeça contra o piso, ou ainda caindo em movimentos estereotipados autosatisfatórios – isto é, em todos estes casos, se tratava sempre de movimentos desconectados da presença de Rosine Lefort.

Porém, na passagem acima, e diferentemente daquele quadro inicial, Rosine Lefort nos conta que diante daquela mesma impossibilidade a menina passa a realizar um verdadeiro circuito entre os objetos, que inclusive inclui a analista. Além deste circuito de objetos, a analista também nos conta o seguinte: “sinto Marie-Françoise muito mais confiante em mim. Se ela encontra o obstáculo habitual de tensão diante da mamadeira, ela é capaz, no momento em que ela trepida, diante dele, de me pedir ajuda. Visivelmente, minha presença junto a ela é muito mais clara que antes” (1984, p 245). A ajuda a que se refere Rosine Lefort é enquanto duplo, tal como indicamos.

Se a presença da analista é mais clara, também mais viva é a expressão do olhar de Marie-Françoise, para quem, no início, o olhar estava morto: “observo que a grande inovação da sessão é um olhar muito presente e muito profundo, humano, que Marie-Françoise despeja sobre mim. Este olhar - novo para ela - presentifica a perda possível, na medida em que o olhar é sempre portador da perda sem o sujeito sabê-lo” (p. 1984, p 241).

Portanto, se o olhar mais vivo de Marie-Françoise se torna indicativo de algo da ordem de uma perda, também indicativo desta perda é o contato que ela passou a ter com a analista. Será isto mesmo o que Rosine Lefort constatará em duas cenas.

A primeira ocorre quando a analista ao tentar interromper a sessão escuta de Marie-Françoise de maneira violenta: ‘não, quero não’. Rosine Lefort nos conta que ela lhe dirige, desta vez, esse ‘não, quero não’ de uma maneira diferente: “olhando [...] profundamente: é para mim que ela o dirige”. Rosine Lefort assinala que as duas outras vezes em que Marie-Françoise disse esse significante foram, uma dirigida ao prato de

arroz e a outra dirigida a um objeto do corpo da analista, algo muito diferente desta última passagem. A outra cena significativa dessa perda possível aconteceu diante da janela: “ela só olha por cima da vidraça, para a copa das árvores, se eu a olho; mas ela não tolera que eu olhe, como ela, por cima da vidraça. É preciso que eu a veja olhar” (1984, p. 190), “o que ela faz, exigindo meu olhar sobre ela, é assegurar-se de sua existência em meu olho” (1984, p. 255).

Assim, essas duas cenas descritas anteriormente são para nós demonstrativas do trajeto que, à sua maneira, Marie-Françoise realizou em direção ao Outro. Isto nos permitiria pensar que Marie-Françoise estaria se encaminhando para uma neurose? Não, não é neste sentido que Rosine Lefort articulou seus argumentos, pelo contrário. A analista não se colocou na narrativa dos atendimentos e nem em suas discussões teóricas como aquela que analisaria um inconsciente que não estava lá (Pimenta, 2003). Neste sentido, não nos parece que a analista tenha buscado operar no laço analítico contando com a metáfora paterna na estrutura clínica de Marie-Françoise, mas, conforme Rosine Lefort mesma nos disse, que ela, com seu desejo, se dirigiu à Marie-Françoise com o intuito de *sustentar o lugar da metáfora paterna*, ou seja, o lugar de articulação possível da falta.

Rosine Lefort nos conta, ao final do livro, que precisou interromper os atendimentos em razão de uma viagem, neste ponto em que Marie-Françoise a tomou como duplo. Segundo a analista e diante de sua saída, Marie-Françoise rompe “em soluços chamando *mamãe, mamãe!*, o que [nos] permite pensar que o Outro agora pode advir no lugar de um apelo, que faz [de Marie-Françoise], nesse momento, o sujeito de uma falta” (2017, p. 40, grifo do autor).

De todo modo, Rosine Lefort sustenta que Marie-Françoise não passou a se representar em uma estrutura de neurose, mas que o tratamento a conduziu a uma certa dimensão da perda que tornou possível à menina um laço com o Outro, não enquanto um Outro do significante, mas na qualidade de um Outro da necessidade. Segundo a analista, ela própria teria se tornado para Marie-Françoise um “Outro do qual ela tem necessidade, que ela procura, mas a quem ela não pode dirigir nenhuma demanda porque ele não é portador de nenhum objeto separável” (2017, p. 41).

Acompanhamos assim com Rosine Lefort as consequências para Marie-Françoise de seu encontro o mais concreto com o desejo do analista-Rosine Lefort na sustentação de sua posição de sujeito: o desejo do analista se endereça ao sujeito no que aponta para o impossível em torno do qual o seu trabalho significativo pode sustentar seu vir a ser em sua relação com o Outro, a partir de então, também faltoso. E isto teve seus efeitos!

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não à toa que encontramos atualmente por parte dos analistas que se interessam pela clínica no autismo uma palavra de ordem sob a forma da proposição ‘escutem os autistas’ (Maleval, 2012) – algo que efetivamente nos remete diretamente àquilo que Freud fez com as histéricas e Lacan com os psicóticos. Ao contrário disso, na medicina e nas políticas de tratamento pela via do comportamento não há nada a escutar ou, se há, a escuta se dirige apenas ao que já se definiu de antemão pelo clínico; não se escuta nada de ‘novo’ ou de ‘singular’. Neste sentido, não só a questão do autismo vem colocar à prova a orientação psicanalítica no que concerne os elementos de sua direção de tratamento, como também vem colocar em perspectiva a própria definição deste diagnóstico pela psicanálise - conforme argumentamos, ‘o autismo que tratamos não é o mesmo’ (Furtado & Vieira, 2014), não é o mesmo que aquele dos médicos e das terapias comportamentais.

Com isso, nosso percurso pretendeu recolocar a questão do sujeito como um operador clínico fundamental para a prática analítica da clínica no autismo e isso justamente num momento em que as técnicas de controle comportamental e a medicalização comparecem para legislar sobre como o indivíduo deve ser.

Assim, ao longo dessa dissertação nos esforçamos em apresentar as condições necessárias para o tratamento no autismo pautadas sobre o que chamamos d’o *sujeito como operador clínico*. Gostaríamos de tecer algumas considerações sobre nosso ponto de chegada, mas para isso é necessário retomarmos nossa proposta primeira de pesquisa.

Inicialmente e conforme já dissemos na *Introdução*, nossa intenção era apresentar um trabalho que contemplasse o tema da direção do tratamento no autismo. Contudo, percebemos ao longo do mestrado que nossa atenção era constantemente voltada aos fundamentos que tornam possível um tratamento analítico, isto é, que tornam possível a direção propriamente analítica de um tratamento clínico. Ou seja, nos sentimos compelidos a refletir sobre o que fazemos quando fazemos psicanálise, e nos perguntarmos: o que faz o tratamento analítico ser diferente do tratamento médico e daquele realizado pelas vias do comportamento? Esta pergunta então se desdobrou em uma outra: o que torna possível um tratamento analítico ainda se aplica quando abordamos o autismo?

Com essas questões se impôs para nós a necessidade de abordarmos a questão do sujeito: o tratamento do sujeito pela psicanálise é o que faria sua especificidade desde sua



origem. Tomando o sujeito como fio condutor de nossa pesquisa, compreendemos que nosso interesse por ele era propriamente clínico. Isto é, menos do que tentarmos apreender o estatuto teórico do conceito de sujeito, nosso interesse estava voltado para o seu *uso* enquanto operador clínico fundamental. E assim, conduzimos nosso trabalho no sentido de darmos alcance a esta função prática na clínica no autismo.

As consequências que retiramos desse nosso gesto não são poucas. Primeiramente, podemos agora afirmar que uma das condições que tornam um tratamento possível no autismo é a mesma condição que torna qualquer tratamento possível pela psicanálise. Isto é, interpelar o paciente na condição de sujeito tendo no desejo do analista a sustentação dessa interpelação constitui a estrutura propriamente clínica que concerne todo tratamento analítico. Isto que pode nos parecer óbvio, no entanto não o é justamente na clínica no autismo, considerando a posição que o próprio sujeito autista manifesta no universo de linguagem. É esta interpelação o que encontramos no atendimento de Marie-Françoise, no qual vimos que interpelar o outro em sua condição subjetiva é poder localizar o ponto em que esta mesma condição está apagada e aí mesmo sustentar o desejo do analista para que algo do sujeito daí possa emergir.

A outra consequência que retiramos de nossa pesquisa concerne um interessante aspecto teórico desta orientação clínica na direção do sujeito. Tal orientação permite ver como de fato ‘emergem’ da prática concreta muitos dos conceitos que encontramos hoje na literatura acerca da direção do tratamento no autismo. Assim, ao acompanharmos o encontro de Marie-Françoise e Rosine Lefort, nos tornamos cientes do que permitiu a construção, por exemplo, do conceito de *duplo real*. Logo, em psicanálise, não se trata da aplicação de uma técnica no tratamento, mas é o próprio tratamento que, se sustentando do endereçamento ao outro na sua condição de sujeito, torna possível a emergência dos conceitos em seguida reutilizados na reflexão sobre esta mesma prática. Assim, se trouxemos esse caso para nossa dissertação foi com o intuito de que ao acompanharmos o desenrolar desse tratamento pudéssemos compreender a emergência de importantes conceitos para a direção do tratamento a partir da aposta no sujeito e no desejo do analista. Neste sentido é que entendemos que em psicanálise a clínica tem o privilégio de conduzir a teoria e não o contrário.

A terceira consequência consiste no fato de agora entendermos de que maneira o trabalho desenvolvido entre a analista Rosine Lefort e a pequena Marie-Françoise apresenta as mesmas coordenadas estruturais em jogo no atendimento do adulto, razão pela qual corroboramos com os Lefort quando afirmam que a unidade da psicanálise está

centrada no sujeito contra toda interpretação desenvolvimentista. Acrescentamos a isso que a função, ou ainda, o uso clínico do sujeito, terá em cada estrutura clínica seu modo próprio de sustentação, de possibilidade e de impossibilidade – algo só passível de ser verificado de maneira singular. E, assim extraímos de nosso trabalho de pesquisa que este não é uma operação privilégio da neurose, não é imanente a nenhuma estrutura clínica, nem tampouco a uma faixa etária, mas é uma prerrogativa do analista e seu ato. A aposta é que o uso dessa prerrogativa poderá gerar efeitos caso algo do sujeito possa ser tocado.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará Ed.
- Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de psiquiatria infantil*. (Paulo Cesar Gerales e Sonia Regina Pacheco Alves, trad). Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil Ltda. (trabalho original publicado em 1976).
- Alberti, S. & Beteille, I. (2014). Autismo e esquizofrenia: de Bleuler a Lacan, um traço. In Furtado, L., e Vieira, C. (Orgs), *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias*. pp. 57-75. Curitiba, PR: CRV.
- Asperger, H. (1991). Autistic psychopathy in childhood. In U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 37-92). Londres: Cambridge University Press. (Trabalho original publicado em 1944)
- Associação de Psiquiatria Americana – APA. (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Associação de Psiquiatria Americana – APA. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Barreto, F. & Iannini, G. (2017). Introdução à psicopatologia lacaniana. In Teixeira, A., e Caldas, H. (Orgs), *Psicopatologia Lacaniana*. pp. 35-54. Belo Horizonte: Autêntica.
- Bleuler, E. (1993). Dementia Praecox or The Group of schizophrenias. (Versión castellana Daniel Ricardo Wagner) Buenos Aires: Ediciones Hormé, S.A.E (original publicado em 1911).
- Cabas, A. G. (2009). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Calazans, R. (2004). *O sentido da subversão do sujeito pela psicanálise*. Rev. Dep. Psicol., UFF 16 (2), 121-129.
- Calazans, R. (2006). *Psicanálise e Ciência*. Rio de Janeiro: Revista Ágora. Vol. IX n. 2 julho/dezembro, pp. 273-283
- Calazans, R. & Lustoza, R. (2008). *A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde*. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 60, n. 1.
- Calazans, R. & Lustoza, R. (2012). *Sintoma psíquico e medicina baseada em evidências*. Rio de Janeiro: Arquivos Brasileiros de Psicologia, 64, pp. 18-30.
- Calazans, R. & Lustoza, R. (2014). *A medicalização do psíquico: o uso do termo psicose nos manuais diagnósticos estatísticos*. Rio de Janeiro: Tempo Psicanalítico, Vol. 46.1, pp. 11-26.
- Calazans, R. & Martins, Clara. (2007). *Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo*. pp.142-157. Estilos da Clínica, 2007, Vol. XII, no 22.
- Calazans, R., & Neves, T. I. (2010). *Pesquisa em psicanálise: da qualificação desqualificante à subversão*. Rio de Janeiro: Ágora, Vol. XIII, n. 2, julho/dezembro, pp. 191-205
- Calazans, R. & Resende, M. S. (2013). *Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?*. São João del-Rei: Revista Analytica, Vol. 2, n. 3, julho/dezembro. pp. 145-174

- Calazans, R. & Pontes, S. & Resende, M. (2015). *O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência*. pp. 534-546. Belo Horizonte: Psicologia em Revista, Vol. 21, n. 3.
- Cirino, O. (2001). *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Coccoz, V. (2010). L'Enfant au Loup: La logique de la structure. In J. Miller (Org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort*. pp. 13-17. Paris: Navarin Ed.
- Cottet., S. (1989). *Freud e o desejo do psicanalista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Deltombe, H. (2010). Le pivot du désir de l'analyste. In J. Miller (Org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort*. pp. 59-64. Paris: Navarin Ed.
- Dimitriadis, Y. (2013). *Psychogénèse et organogénèse en psychopathologie: Une hypothèse psychanalytique*. Paris: L'Harmattan.
- Elia, L. (2014). Psicanálise e neurociência face ao autismo: uma disjunção inclusiva. In Furtado, L., e Vieira, C. (Orgs), *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias*. pp. 19-36. Curitiba, PR: CRV.
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. III, pp. 53-66. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. VII, pp. 117-217. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Totem e Tabu. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIII, pp. 11-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). Introdução à Psicologia de Grupo e análise do Eu. S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 81-82. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996). Introdução a The Psychology of day-dreams, de J. Varendonck. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp.287-288. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921).
- Freud, S. (1996). Um Estudo Autobiográfico. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XX, pp. 10-74. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996). As Resistências à Psicanálise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIX, pp. 235-250). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).

- Freud, S. (1996). A questão da análise leiga. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XX, pp. 179-24. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996). Psicanálise. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XX, pp. 251-259. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – A Dissecção da Personalidade Psíquica. In S. Freud, Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. XXII, pp. 63-84). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Ferreira, T. & Vorcaro, A. (2017). *Tratamento psicanalítico de crianças autistas: diálogo com múltiplas experiências*. Belo Horizonte: Autêntica Ed.
- Furtado, L. (2014). Algumas observações sobre o mal-entendido da psicogênese do autismo. In Furtado, L. & Vieira, C. (Orgs), *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias* (pp. 39-47). Curitiba, PR: CRV.
- Furtado, L. & Vieira, C. (2014). Apresentação. In Furtado, L. & Vieira, C. (Orgs), *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias* (pp. 07-14). Curitiba, PR: CRV.
- Holanda, F. R. (2014). Notas históricas sobre o autismo na infância. In Furtado, L. & Vieira, C. (Orgs), *O autismo, o sujeito e a psicanálise: consonâncias* (pp. 103-115). Curitiba, PR: CRV.
- Julien, P. (2003). *Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Ed.
- Kanner, Leo. *Autistic Disturbances of Affective Contact*, 1943. Disponível em: <https://simonsfoundation.s3.amazonaws.com/share/071207-leo-kanner-autistic-affective-ntact.pdf>/ Acesso em 10 de setembro de 2017.
- Lacadée, P. (2010). Sur mesure. In J. Miller (Org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort* (pp. 65-70). Paris: Navarin Ed.
- Lacan, J. (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998). Posição do inconsciente. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 842-864). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960).
- Lacan, J. (1998). Variantes do tratamento-padrão. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 325-364). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955).
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In J. Lacan, *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1946).
- Lacan, J. (1986). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. (B. Milan, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1953-54, original publicado em 1975).

- Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 3: As psicoses*. (Aluísio Menezes, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1955-56, original publicado em 1981).
- Lacan, Jacques (1995). *O Seminário, livro 04: A relação de objeto*. (Dulce Duque Estrada, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Apresentação oral em 1956-57, original publicado em 1994)
- Lacan, J. (2016). *O seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação* (C. Berliner, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1958-59, original publicado em 2013).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M.D. Magno, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1964, original publicado em 1986).
- Lacan, J. (1975-76). *Séminaire: Le Sinthome*. Version AFI. s/d
- Lacan, J. (2007). *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. (Sérgio Laia, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Apresentação oral em 1975-76, original publicado em 2005).
- Lacan, J. (1972). *Conferência em Milão*. Disponível em: [file:///C:/Users/pa\\_sc/Downloads/DO%20DISCURSO%20PSICANAL%C3%8DTIC O%20-%20Lacan%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pa_sc/Downloads/DO%20DISCURSO%20PSICANAL%C3%8DTIC O%20-%20Lacan%20(1).pdf). Acesso em 09 de setembro de 2018.
- Lacan, J. (1975). *Conferência em Genebra sobre o sintoma*. Disponível em: <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1065/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma.pdf>. Acesso em 09 de setembro de 2018.
- Laia, S., & Aguiar, A. A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In Teixeira, A., e Caldas, H. (Orgs), *Psicopatologia Lacaniana*. pp. 13-33. Belo Horizonte: Autêntica.
- Laplanche & Pontalis (1992). *Vocabulário da Psicanálise*. (Pedro Tamen trad.) São Paulo: Martins Fontes Ed.
- Laurent, E. (2014). *A batalha do autismo: da clínica à política*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Lefort, Robert. (1991). Introdução à jornada de estudos do CEREDA. In J. Miller (Org.), *A criança do discurso analítico* (pp. 13-14). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lefort, Rosine. (1991). O corpo do Outro: do significante ao objeto *a* e de volta. In J. Miller (Org), *A criança no discurso analítico* (pp. 34-42). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lefort, Rosine. (1991). Um ‘passo a mais’ entre a criança e o adulto: a estrutura do corpo. In J. Miller (Org.), *A criança do discurso analítico* (pp. 17-21). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lefort, Rosine. (1991) Unidade de Psicanálise. In J. Miller (Org), *A criança no discurso analítico* (pp. 11-12). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lefort, R. & Lefort, R. (1984). *O nascimento do Outro*. (A. Jesuíno Trad.). Salvador/BA: Fator. (Trabalho original publicado em 1980).
- Lefort, R. & Lefort, R. (1997). Marisa, a escolha sexual da menina. (V. Avellar, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1995).
- Lefort, R. & Lefort, R. (2010). L'enfant: un analysant à part entière. In J. Miller (org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort* (pp. 129-141). Paris: Navarin. (Trabalho original publicado em 1984).



- Lefort, R. & Lefort, R. (2017). *A distinção do autismo*. Belo Horizonte, MG: Relicário Edições.
- Lustoza, R. (2009). *O sentido como máquina de guerra contra a naturalização do psíquico*. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21 – n. 1, p. 87-100, Jan./Abr. 2009
- Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz* (2011). Madri: Editorial Gredos.
- Maleval, J.C. (2012). *Escuchen a los autistas* (2012). Buenos Aires: Grama Ed.
- Maleval, J.C. (2015). *Por que a hipótese de uma estrutura autística?* Opção Lacaniana online, nova série, Ano 6, Número 18. ISSN 2177-2673.
- Miller, Judith. (2010). Entrée en matière. In J. Miller (Org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort* (pp. 07-11) Paris: Navarin Ed.
- Miller, J-A. (1988). *Cause et Consentement*. Inédito.
- Miller, J-A. (1998). *O osso de uma análise*. Bahia: Agente - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise.
- Miller, J.-A. (2001). *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Paidós.
- Ministério da saúde (2013). Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com TEA e suas famílias no sistema único de saúde. Brasília. disponível em [http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1386068946autismo\\_parte\\_001.pdf](http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1386068946autismo_parte_001.pdf)
- Nominé, B. (2001). *O autista: um escravo da linguagem*. Revista Marraio, Rio de Janeiro, Formações Clínicas do Campo Lacaniano, n. 2, (pp. 7-88).
- Pacheco, A. L. (2012). *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia*. São Paulo : Annablume ed.
- Pimenta, P. (2007). *Relação mãe-filho sob medida: a prevenção do Real*. Mesa de trabalho: Os protocolos preventivos. 28 mar. 2007.
- Pimenta, P. (2003). *Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003.
- Pimenta, P. (2014). Síndrome de Asperger e psicose. Disponível em : <http://almanaquepsicanalise.com.br/wp-content/uploads/2015/08/paula.pdf>. Acesso em 21/05/2019.
- Solano-Suárez, E. (2010). Rebond. In J. Miller (org.), *L'avenir de l'autisme avec Rosine et Robert Lefort* (pp. 26-30). Paris: Navarin Ed.
- Soler, C. (2007). *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Spitz, R. (1983). Privação afetiva parcial: depressão anaclítica. In Spitz, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1979).
- Tendlarz, S. E. (2007). *De qué sufren los niños? la psicosis en la infancia*. 2 ed. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Tendlarz, S. E. (2015). *Clínica del autismo y de las psicosis en la infancia*. Ciudad de Buenos Aires: Colección Diva.
- Zenoni, A. (1991) 'Traitement' de l'autre. Préliminaire, Antenne 110, Bruxelas, n. 3, pp. 101-113. (Tradução de Marize L. Guglielmetti – versão disponível para consulta na biblioteca da Associação Psicanalítica de Curitiba)



Zizek, S. (1992). *Eles não sabem o que fazem. O sublime objeto da ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.